

Händelse av särskilt intresse (Event of special interest, ESI) - Infektion i blodomloppet vid intravenös användning av Treposa			
Patientens initialer: _____	Födelsedatum (DD/MM/ÅÅÅÅ): _____	Ålder: _____	Startdatum för händelsen (DD/MM/ÅÅÅÅ): _____
Längd för i.v. behandling med Treposa: _____	Behandlande läkare: _____	Klinik: _____	
Typ av rapport (kryssa för lämpligt alternativ) Första rapporten <input type="checkbox"/> Senare rapport <input type="checkbox"/> Datum: _____		Förlopp (kryssa för lämpligt alternativ) Pågående <input type="checkbox"/> Händelsen gick förbi <input type="checkbox"/> Datum: _____ Dödsfall <input type="checkbox"/>	
Har blododling utförts?		JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>
		JAG VET INTE <input type="checkbox"/>	
Om <JA>, datum för provet (DD/MM/ÅÅÅÅ); isolerad(e) organism(er); antimikrobiell känslighet: _____ _____ _____			
Typ av centralvenös kateter och antal anslutningar: _____			
Har patienten använt ett slutet katetersystem?		JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>
		JAG VET INTE <input type="checkbox"/>	
Om <JA>, vilken typ: _____			
Har patienten använt ett integrerat 0,2 mikrometer filter?		JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>
		JAG VET INTE <input type="checkbox"/>	
Avlägsnades den centralvenösa katetern?		JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>
		JAG VET INTE <input type="checkbox"/>	
Om <JA>, skickades kateterens spets iväg för bakterieodling?		JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>
Om <JA>, identifierades några sjukdomspatogener?		JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>
Om <JA>, specificera isolerad(e) organism(s) och mikrobiell känslighet: _____ _____			
Har patienten utvecklat septikemi?		JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>

Fanns det faktorer som ökade patientens risk för infektion i blodomloppet?

J A N E J J A G V E T I N T E

Om <JA>, specificera: _____

Fortsatte patienten intravenös behandling med Treposa?

Om <JA>, vilka åtgärder vidtogs för att minimera risken för återkommande infektion?

Beskriv händelsen:

Frågeformulär för patienter som får intravenös behandling med treprostiniil

Fyll i detta frågeformulär tillsammans med patienten varje gång du rapporterar en infektion i blodomloppet:

Frågeformuläret fylldes i (DD/MM/ÅÅÅÅ):

Efter handledningen: Känner du dig säker på att administrera infusionsbehandlingen?

Ja Nej

Hur lång tid tar det för dig att förbereda läkemedlet?

mindre än 15 min 15–30 min 31–45 min 46–60 min mer än 1 timme

Tvättar du händerna med antiseptisk tvål innan du förbereder ditt läkemedel?

Aldrig Ibland Ofta Alltid

Använder du vattentätt förband vid bad/dusch för att hålla anslutningen mellan kateter och infusions slang torr?

Aldrig Ibland Ofta Alltid

Vet du vad du ska göra om kateterens anslutning blir våt?

Ja Nej

Vilken typ av förband använder du vid kateterens insättningsställe?

Sterilt förband Genomskinligt förband av plast

Hur ofta byter du ut förbandet vid kateterens insättningsställe?

Varannan dag Varje vecka Varannan vecka eller mer sällan

Vilken typ av centralvenös kateter använder du?

Hickman Broviac Groshong Annan (specificera) _____

Har din infusions slang redan ett filter?

Ja Nej

Om du svarade <Nej>, sätter du in ett separat filter när du monterar en ny slang?

Aldrig Ibland Ofta Alltid

Använder du ett system med kluven skiljevägg för att koppla infusions slangen till katetern?

Aldrig Ibland Ofta Alltid

Hur ofta byter du ut din infusions slang?

24 timmar 48 timmar Annat (specificera) _____

Hur ofta byter du ut din infusionsbehållare (påse eller spruta)?

Hur hög är flödes hastigheten för ditt läkemedel i milliliter per timme (ml/timme)?

Blanketten fylldes i av (endast vårdpersonal):

Namn: _____

Datum: _____ / _____ / _____

Underskrift: _____

Adress: _____ Yrke: _____

Stad: _____ Telefonnummer: _____

Postnummer: _____ Fax: _____

Land: _____ E-post: _____

**Vänligen returnera ifyllt blankett till: Amomed Pharma GmbH, Storchengasse 1, 1150
Wien, Österrike
Fax: +43 (0) 1 545011330, E-post: pv @amomed.com
Tack för hjälpen!**

Amomed ärendenummer: