

Zvláštní příhoda při intravenózním podání treprostinilu (Event of special interest, ESI) - krevní infekce

Iniciály pacienta: _____	Datum narození (DD/MM/RRRR): _____	Věk: _____	Datum počátku příhody (DD/MM/RRRR): _____
Délka i.v. léčby přípravkem obsahujícím treprostinil: _____	Ošetřující lékař: _____	Léčebné centrum: _____	
Typ hlášení (zaškrtněte prosím vhodnou položku) První hlášení <input type="checkbox"/> Následné hlášení <input type="checkbox"/> Datum: _____		Výsledek příhody (zaškrtněte prosím vhodnou položku) Trvající příhoda <input type="checkbox"/> Příhoda odezněla <input type="checkbox"/> Datum: _____ Smrt <input type="checkbox"/>	

ANO NE NEVÍM

Byla odebrána krevní kultura?

Pokud <ANO>, datum vzorku (DD/MM/RRRR); izolovaný organismus (organismy); antimikrobiální citlivost:

Typ centrální linky a počet portů: _____

ANO NE NEVÍM

Používal pacient uzavřený katérový systém?

Pokud <ANO>, zadejte prosím typ: _____

YES NE NEVÍM

Používal pacient integrovaný filtr vel. 0,2 mikrometru?

ANO NE NEVÍM

Byla odstraněna centrální linka?

ANO NE

Pokud <ANO>, byl hrot katetru odeslán na mikrobiální kultivaci?

Pokud <ANO>, byly identifikovány patogeny způsobující chorobu?

Pokud <ANO>, specifikujte izolovaný organismus (organismy) a mikrobiální citlivost: _____

Dotazník pro pacienta užívajícího intravenózně treprostinil

Vyplňte prosím tento dotazník s pacientem po každou hlášenou krevní infekci:

Dotazník vyplněn dne (DD/MM/RRRR):

Cítil(a) jste se po obdržení instrukcí sebejistě ohledně podávání infuzní léčby?

Ano Ne

Jak dlouho Vám trvá příprava Vašich léků?

méně než 15 minut 15 – 30 minut 31 – 45 minut 46 – 60 minut více než 1 hodinu

Myjete si ruce antiseptickým mýdlem před přípravou svých léků?

Nikdy Někdy Často Vždy

Používáte při koupání/sprchování voděodolný krycí materiál, abyste udrželi konektor mezi katetrem a infuzní hadičkou suchý?

Nikdy Někdy Často Vždy

Víte, co máte dělat, pokud dojde k namočení konektoru Vašeho katetru?

Ano Ne

Jaký typ krytí používáte v místě zavedení Vašeho katetru?

Sterilní krytí Transparentní plastové krytí

Jak často měníte krytí v místě zavedení Vašeho katetru?

Každé dva dny Každý týden Každé dva týdny nebo méně často

Jaký typ centrální linky používáte?

Hickman Broviac Groshong Jiné (specifikujte) _____

Má Vaše infuzní linka již filtr?

Ano Ne

Pokud odpovíte <Ne>, připojujete samostatný filtr, když nastavujete novou linku?

Nikdy Někdy Často Vždy

Používáte pro spojení infuzní hadičky ke svému katetru katéetrový systém s dělicí přepážkou?

Nikdy Někdy Často Vždy

Jak často vyměňujete infuzní hadičku?

24 hodin 48 hodin Jiné (specifikujte) _____

Jak často vyměňujete svůj infuzní zásobník (kazeta nebo stříkačka)?

Jak vysoká je aktuální rychlost infuze Vašich léků v mililitrech za hodinu (ml/h)?

Formulář vyplnil(a) (pouze odborný zdravotnický pracovník):

Jméno: _____

Datum: _____ / _____ / _____ Podpis: _____

Adresa: _____ Profese: _____

Město: _____ Telefon: _____

Kraj: _____ Fax: _____

Země: _____ Email: _____

Děkuji Vám za Vaši pomoc!

Číslo případu