

Hendelse av spesiell interesse – infeksjon i blodløpet forbundet med intravenøs Tresuvi			
Pasientens initialer: _____	Fødselsdato (dd/mm/åååå): _____	Alder: _____	Startdato for hendelsen (dd/mm/åååå): _____
Varighet av IV Tresuvi-behandling: _____	Behandlerende lege: _____	Studiested: _____	
<u>Rapporttype</u> (merk av som relevant)		<u>Utfall av hendelsen</u> (merk av som relevant)	
Første rapport <input type="checkbox"/>		Vedvarende hendelse <input type="checkbox"/>	
Påfølgende rapport <input type="checkbox"/>		Hendelse over <input type="checkbox"/> Dato: _____	
Dato: _____		Død <input type="checkbox"/>	
<p style="text-align: right;">JA NEI JEG VET IKKE</p> <p>Ble det tatt blodkulturprøve? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis <JA>, dato for prøve (dd/mm/åååå); isolert(e) organisme(r); antimikrobiell følsomhet:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Type sentrallinje og antall kontakter: _____</p> <p style="text-align: right;">JA NEI JEG VET IKKE</p> <p>Har pasienten brukt et lukket katetersystem? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis <JA>, skriver du inn typen: _____</p> <p style="text-align: right;">JA NEI JEG VET IKKE</p> <p>Har pasienten brukt et integrert 0,2 mikrometer-filter? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">JA NEI JEG VET IKKE</p> <p>Ble sentrallinjen fjernet? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">JA NEI</p> <p>Hvis <JA>, ble tuppen av kateteret sent til mikrobekultur? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis <JA>, ble sykdomsfremkallende patogener identifisert? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis <JA>, spesifiser den/de isolerte organismen(e) og mikrobiell sensitivitet: _____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">JA NEI</p> <p>Har pasienten utviklet septikemi? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>			

Var det faktorer som økte risikoen for infeksjon i blodløpet for denne pasienten?

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

Hvis <JA>, vennligst spesifiser: _____

Fortsatte pasienten med IV Tresuvi-behandlingen?

Hvis <Ja>, hvilke tiltak ble iverksatt for å minimere risikoen for gjentatt infeksjon?

Beskriv hendelsen:

Pasientspørreskjema for IV Tresuvi

Fyll ut dette spørreskjemaet sammen med pasienten for hver rapporterte infeksjon i blodløpet:

Spørreskjema fylt ut den (dd/mm/åååå):

Kjente du deg trygg på administreringen av infusjonsbehandlingen etter å ha mottatt instruksjonene?

Ja Nei

Hvor lang tid tar det deg å gjøre klar medisineringen?

mindre enn 15 min 15–30 min 31–45 min 46–60 min mer enn 1 time

Vasker du hendene med en antiseptisk såpe før du gjør klar medisineringen?

Aldri Noen ganger Ofte Alltid

Bruker du en vanntett bandasje når du bader/dusjer for å holde kontakten mellom kateteret og infusjonsslangen tørr?

Aldri Noen ganger Ofte Alltid

Vet du hva du skal gjøre hvis kateterkontakten blir våt?

Ja Nei

Hvilken type bandasje bruker du på innsetningsstedet for kateteret ditt?

Steril bandasje Gjennomsiktig plastbandasje

Hvor ofte skifter du bandasjen på innsetningsstedet?

Annenhver dag Ukentlig Annenhver uke eller sjeldnere

Hva slags type sentrallinje bruker du?

Hickman Broviac Groshong Annet (spesifiser) _____

Har infusjonsslangen allerede et filter?

Ja Nei

Hvis du svarte <Nei>, setter du på et separat filter når du setter opp en ny linje?

Aldri Noen ganger Ofte Alltid

Bruker du et delt septumkateter for å koble infusjonsslangen til kateteret?

Aldri Noen ganger Ofte Alltid

Hvor ofte skifter du infusjonsslangen?

24 timer 48 timer Annet (spesifiser) _____

Hvor ofte skifter du infusjonsbeholderen (pose eller sprøyte)?

Hvor høy er den nåværende strømningshastigheten for medisineren din i milliliter per time (ml/t)?

Skjema fylt ut av (kun helsepersonell):

Navn: _____
Dato: _____ / _____ / _____ Signatur: _____

Adresse: _____ Yrke: _____

By: _____ Telefon: _____

Føderal stat: _____ Faks: _____

Land: _____ E-post: _____

**Vennligst send til: Amomed Pharma GmbH, Leopold-Ungar-Platz 2, 1190 Wien,
Østerrike**

Faks: +43 (0) 1 503724441, e-post: drugsafety@aoporphan.com

Takk for hjelpen!

Amomed-saksnummer: