

## Ypatingos svarbos atvejo pranešimo forma – kraujo infekcija, susijusi su į veną vartojamu Remodulin®

Paciento inicialai: _____	Gimimo data (MMMM/mm/DD): _____	Amžius: _____	Atvejo pradžios data (MMMM/mm/DD): _____
Į veną leidžiamo Remodulin gydymo trukmė: _____	Gydantis gydytojas: _____	Centro pavadinimas: _____	
<u>Pranešimo tipas</u> (prašome pažymėti tinkamą)		<u>Atvejo baigtis</u> (prašome pažymėti tinkamą)	
Pradinė ataskaita <input type="checkbox"/>	Tolesnės priežiūros ataskaita <input type="checkbox"/>	Atvejis tęsiasi <input type="checkbox"/>	Atvejis baigėsi <input type="checkbox"/> data: _____
Data: _____		Mirtis <input type="checkbox"/>	
<p style="text-align: right; margin-right: 100px;">TAIP                      NE                      NEŽINAU</p> <p><b>Ar buvo paimtas kraujo pasėlis?</b> <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/></p> <p><b>Jei taip, mėginio paėmimo data (MMMM/mm/DD); išskirtabakteriją (-os); jų jautrumas antimikrobiniais preparatams:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Centrinio veninio kateterio tipas ir jungčių skaičius:</b></p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">TAIP                      NE                      NEŽINAU</p> <p><b>Ar pacientas naudojo uždara šakotuvą?</b> <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/></p> <p><b>Jeigu taip, nurodykite tipą:</b></p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">TAIP                      NE                      NEŽINAU</p> <p><b>Ar pacientas naudojo 0,2 mikrono filtrą infuzinėje sistemoje?</b> <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/></p> <p><b>Ar buvo išimtas centrinės venos kateteris?</b> <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/></p> <p><b>Jei taip, ar buvo kateterio galiukas nusiūstas iširti bakterijų kultūrą?</b> <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/></p> <p><b>Jei taip, ar buvo nustatyti kokios nors patogeninės bakterijos?</b> <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/></p> <p><b>Jei taip, nurodykite, kokie mikroorganizmai buvo išskirti ir jų jautrumą antimikrobiniais preparatams : _____</b></p>			

Ar pacientui išsivystė septicemija?	TAIP <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	
 Ar buvo kokių nors veiksnių, kurie galėjo padidinti kraujo infekcijos riziką šiam pacientui?	TAIP <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	NEŽINAU <input type="checkbox"/>
<b>Jei taip, nurodykite:</b>			
Ar pacientui toliau buvo tęsiamas gydymas į veną vartojamu Remodulin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jei taip, kokių veiksnių buvo imtasi siekiant sumažinti pasikartojančios infekcijos riziką?			
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
<b>Informacija apie atvejį:</b>			
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			

## Paciento klausimynas - į veną vartojamas treprostinilis

Prašome užpildyti šį klausimyną su pacientu kiekvienam kraujo infekcijos atvejui:

**Klausimyno užpildymo data** (MMMM/mm/DD):

**Ar po to, kai buvote apmokytas, pasitikite savimi atlikdamas sau infuzijas?**

Taip Ne

**Kiek laiko užtrunkate paruošdami vaistą?**

Mažiau nei 15 min. 15-30 min. 31-45 min. 46-60 min. Daugiau nei valandą

**Ar nusiplaunate rankas su antiseptiniu muilu prieš ruošdami vaistą?**

Niekada Kartais Dažnai Visada

**Ar maudydamiesi vonioje ar duše uždengiate neperšlampamu dangalu kateterio ir infuzijos vamzdelio sujungimą, kad jis nesušlaptų?**

Niekada Kartais Dažnai Visada

**Ar žinote ką reikia daryti, jei ant kateterio jungties patenka vandens?**

Taip Ne

**Kokios rūšies dangalą naudojate kateterio įvedimo vietoje?**

Sterilią marlę Skaidraus plastiko dangalą

**Kaip dažnai keičiate dangalą kateterio įvedimo vietoje?**

Kas dvi dienas Kas savaitę Kas dvi savaites ar rečiau

**Kokios rūšies centrinės venos kateterį turite?**

Hickman Broviac Groshong Kitokį / prašome nurodyti

Ar Jūsų infuzijos vamzdelyje jau yra filtras?

Taip  Ne

Jei atsakymas yra ne, ar pridodate atskirą filtrą ruošdami naują sistemą?

Niekada  Kartais  Dažnai  Visada

Ar naudojate šakotuvo sistemą su dvių kamerų pertvara infuzijos vamzdeliui prie kateterio prijungti?

Niekada  Kartais  Dažnai  Visada

Kaip dažnai keičiate infuzijos vamzdelį?

Kas 24 val.  Kas 48 val.  Kitaip / prašome nurodyti

Kaip dažnai keičiate infuzijos talpyklę (kasetę ar švirkštą)?

Koks yra dabartinis vaisto infuzijos tėkmės greitis mililitrais per valandą (ml/val.)?

**Forma užpildė (tik sveikatos priežiūros specialistas):**

Vardas ir pavardė: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Parašas: \_\_\_\_\_

Adresas: \_\_\_\_\_ Pareigos: \_\_\_\_\_

Miestas: \_\_\_\_\_ Telefonas: \_\_\_\_\_

Apskritis: \_\_\_\_\_ Faksas: \_\_\_\_\_

Šalis: \_\_\_\_\_ El. paštas: \_\_\_\_\_

**Prašome gražinkite užpildytą formą:**

**Medis Pharma Lithuania UAB**

**El. paštas: [safety@medis.com](mailto:safety@medis.com)**

**Dėkojame Jums už pagalbą!**

Atvejo ID numeris:



Medis Pharma Lithuania UAB  
Kursiu str. 7-23, LT-48107 Kaunas, Lithuania

