

Nežiaduci účinok (ESI) - infekcia krvného riečiska spojená s intravenózne podávaným liekom Tresuvi

Iniciálky pacienta: _____	Dátum narodenia (DD/MM/RRRR): _____	Vek: _____	Dátum začiatku udalosti (DD/MM/RRRR): _____
Trvanie liečby intravenóznym liekom Tresuvi: _____	Ošetrojúci lekár: _____	Pracovisko indikujúce liek: _____	
Typ správy (označte vhodnú možnosť) Prvá správa <input type="checkbox"/> Následná správa <input type="checkbox"/> Dátum: _____		Výsledok nežiaduceho účinku (označte vhodnú možnosť) Pretrvávajúci <input type="checkbox"/> Skončená reakcia <input type="checkbox"/> Dátum: _____ Smrť <input type="checkbox"/>	
ÁNO NIE NEVIEM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Bola odobratá hemokultúra?			
Ak <ÁNO>, dátum odberu vzorky (DD/MM/RRRR); izolované organizmy; mikrobiálna citlivosť: _____ _____ _____			
Typ centrálného katétra a počet konektorov: _____			
ÁNO NIE NEVIEM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Bol u pacienta použitý systém uzavretého katétra?			
Ak <ÁNO>, uveďte typ: _____			
ÁNO NIE NEVIEM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Bol u pacienta použitý integrovaný 0,2 mikrometrový filter?			
ÁNO NIE NEVIEM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Bol centrálny katéter odstránený?			
ÁNO NIE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Ak <ÁNO>, bola špička katétra odoslaná na rozbor kultúry mikroorganizmov?			
ÁNO NIE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Ak <ÁNO>, boli zistené patogény ochorenia?			
ÁNO NIE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Ak <ÁNO>, špecifikujte izolované mikroorganizmy a mikrobiálnu citlivosť: _____			

Vyvinula sa u pacienta sepsa? ÁNO NIE

Vyskytli sa faktory, ktoré zvýšili riziko infekcie krvného riečiska u tohto pacienta? ÁNO NIE NEVIEM

Ak <ÁNO>, uveďte ich: _____

Pokračoval pacient v liečbe intravenóznym liekom Tresuvi?

Ak <ÁNO>, aké opatrenia boli prijaté na minimalizovanie rizika opakovaného výskytu infekcie?

Opište udalosť:

Dotazník pre pacienta o i.v. podávaní Tresuvi

Vyplňte dotazník s pacientom pri každej nahlásenej infekcii krvného obehu:

Dotazník vyplnený dňa (DD/MM/RRRR):

Boli ste si po poskytnutí pokynov istý/-á, že si infúznú liečbu dokážete podať správne?

Áno Nie

Ako dlho vám trvá príprava lieku?

kratšie ako 15 min 15 – 30 min 31 – 45 min 46 – 60 min dlhšie ako 1 hodinu

Umývate si pred prípravou lieku ruky antiseptickým mydlom?

Nikdy Niekedy Často Vždy

Používate vodotesný obväz pri kúpaní/sprchovaní, aby ste udržali konektor medzi katétrom a infúznou trubicou suchý?

Nikdy Niekedy Často Vždy

Viete, čo máte robiť, keď sa konektor katétra dostane do kontaktu s vodou?

Áno Nie

Aký typ obväzu používate v mieste vstupu katétra?

Sterilný obväz Transparentný plastový obväz

Ako často meníte obväz v mieste vstupu katétra?

Každé dva dni Raz za týždeň Každé dva týždne alebo menej často

Aký typ centrálného katétra používate?

Hickman Broviac Groshong Iné (uveďte) _____

Má vaša infúzna trubica filter?

Áno Nie

Ak ste odpovedali <Nie>, pripájate pri nastavovaní nového katétra samostatný filter?

Nikdy Niekedy Často Vždy

Používate systém katétra s deleným septom na pripojenie infúznej trubice ku katétru?

Nikdy Niekedy Často Vždy

Ako často meníte infúziu trubicu?

24 hodín 48 hodín Inak (uved'te) _____

Ako často meníte infúziu nádobu (vrecko alebo injekčnú striekačku)?

Akú máte aktuálnu prietokovú rýchlosť lieku v mililitroch za hodinu (ml/h)?

Formulár vyplnil/-a (iba zdravotnícky pracovník):

Meno: _____

Dátum: _____ / _____ / _____

Podpis: _____

Adresa: _____ Povolanie: _____

Mesto: _____ Telefón: _____

_____ Fax: _____

Krajina: _____ E-mail: _____

Pošlite na adresu: Amomed Pharma GmbH, Storchengasse 1, 1150 Viedeň, Austria

Fax: +43 (0) 1 545011330, E-mail: pv@amomed.com

Ďakujeme vám za pomoc.

Hlásenie podozrení na nežiaduce reakcie

Hlásenie podozrení na nežiaduce reakcie po registrácii lieku je dôležité. Umožňuje priebežné monitorovanie pomeru prínosu a rizika lieku. Od zdravotníckych pracovníkov sa vyžaduje, aby hlásili akékoľvek podozrenia na nežiaduce reakcie na Štátny ústav pre kontrolu liečiv, Sekcia klinického skúšania liekov a farmakovigilancie, Kvetná ul. 11, SK-825 08 Bratislava 26, Tel: + 421 2 507 01 206, e-mail: neziaduce.ucinky@sukl.sk. Tlačivo na hlásenie nežiaduceho účinku je na webovej stránke www.sukl.sk v časti Bezpečnosť liekov/Hlásenie o nežiaducich účinkoch. Formulár na elektronické podávanie hlásení:

<https://portal.sukl.sk/eskadra/>.

Číslo hlásenia Amomedu: