

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

☐ SÍ ☐ NO
☐ SI ☐ NO

ÁNO NIE NEVIEM

☐ ☐ ☐

□ □ □

[illegible][illegible]

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 infúznou 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 hadičkou 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 (uved'te) ☐

Má vaša infúzna hadička 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 hadičky ku katétru?

Nikdy ☐ Niekedy ☐ Často ☐ Vždy ☐

Ako často meníte infúznú hadičku?

24 hodín ☐ 48 hodín ☐ Inak (uved'te) ☐ _____

Ako často meníte infúznú 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: AOP Orphan Pharmaceuticals GmbH,
Leopold-Ungar-Platz 2, 1190 Viedeň, Rakúsko
Email: drugsafety@aoporphan.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 vigilancie, Kvetná 11, 825 08 Bratislava tel.: + 421 2 507 01 206 e-mail: neziaduce.ucinky@sukl.sk Tlačivo na hlásenie podozrenia na nežiaduci účinok lieku je na webovej stránke www.sukl.sk v časti Bezpečnosť liekov/Hlásenie podozrení na nežiaduce účinky liekov. Formulár na elektronické podávanie hlásení: <https://portal.sukl.sk/eskadra/>. Hlásením podozrení na nežiaduce účinky prispievate k získaniu ďalších informácií o bezpečnosti tohto lieku.