

<b>Händelse av särskilt intresse (Event of special interest, ESI) - Infektion i blodomloppet vid intravenös användning av Treposa</b>			
Patientens initialer: _____	Födelsedatum (DD/MM/ÅÅÅÅ): _____	Ålder: _____	Startdatum för händelsen (DD/MM/ÅÅÅÅ): _____
Längd för i.v. behandling med Treposa: _____	Behandlande läkare: _____	Klinik: _____	
<b>Typ av rapport</b> (kryssa för lämpligt alternativ) Första rapporten <input type="checkbox"/> Senare rapport <input type="checkbox"/> Datum: _____		<b>Förlopp</b> (kryssa för lämpligt alternativ) Pågående <input type="checkbox"/> Händelsen gick förbi <input type="checkbox"/> Datum: _____ Dödsfall <input type="checkbox"/>	
<b>Har blododling utförts?</b>		JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>
		JAG VET INTE <input type="checkbox"/>	
<b>Om &lt;JA&gt;, datum för provet (DD/MM/ÅÅÅÅ); isolerad(e) organism(er); antimikrobiell känslighet:</b> _____ _____ _____			
<b>Typ av centralvenös kateter och antal anslutningar:</b> _____			
<b>Har patienten använt ett slutet katetersystem?</b>		JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>
		JAG VET INTE <input type="checkbox"/>	
<b>Om &lt;JA&gt;, vilken typ:</b> _____			
<b>Har patienten använt ett integrerat 0,2 mikrometer filter?</b>		JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>
		JA VET INTE <input type="checkbox"/>	
<b>Avlägsnades den centralvenösa katetern?</b>		JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>
		JAG VET INTE <input type="checkbox"/>	
<b>Om &lt;JA&gt;, skickades kateerens spets iväg för bakterieodling?</b>		JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>
<b>Om &lt;JA&gt;, identifierades några sjukdomspatogener?</b>		JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>
<b>Om &lt;JA&gt;, specificera isolerad(e) organism(s) och mikrobiell känslighet:</b> _____ _____			



**Frågeformuläret fylldes i (DD/MM/ÅÅÅÅ):**

**Efter handledningen: Känner du dig säker på att administrera infusionsbehandlingen?**

Ja  Nej

**Hur lång tid tar det för dig att förbereda läkemedlet?**

mindre än 15 min  15–30 min  31–45 min  46–60 min  mer än 1 timme

**Tvättar du händerna med antiseptisk tvål innan du förbereder ditt läkemedel?**

Aldrig  Ibland  Ofta  Alltid

**Använder du vattentätt förband vid bad/dusch för att hålla anslutningen mellan kateter och infusions slang torr?**

Aldrig  Ibland  Ofta  Alltid

**Vet du vad du ska göra om kateterns anslutning blir våt?**

Ja  Nej

**Vilken typ av förband använder du vid kateterns insättningsställe?**

Sterilt förband  Genomskinligt förband av plast

**Hur ofta byter du ut förbandet vid kateterns insättningsställe?**

Varannan dag  Varje vecka  Varannan vecka eller mer sällan

**Vilken typ av centralvenös kateter använder du?**

Hickman  Broviac  Groshong  Annan (specificera)  \_\_\_\_\_

**Har din infusions slang redan ett filter?**

Ja  Nej

**Om du svarade <Nej>, sätter du in ett separat filter när du monterar en ny slang?**

Aldrig  Ibland  Ofta  Alltid

**Använder du ett system med kliven skiljevagg för att koppla infusionsslangen till katetern?**

Aldrig  Ibland  Ofta  Alltid

**Hur ofta byter du ut din infusions slang?**

24 timmar  48 timmar  Annat (specificera)  \_\_\_\_\_

**Hur ofta byter du ut din infusionsbehållare (påse eller spruta)?**

\_\_\_\_\_

**Hur hög är flödes hastigheten för ditt läkemedel i milliliter per timme (ml/timme)?**

\_\_\_\_\_

**Blanketten fylldes i av (endast vårdpersonal):**

Namn: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Yrke: \_\_\_\_\_

Stad: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Postnummer: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**Vänligen returnera ifylld blankett till:**  
**Amomed Pharma GmbH, Leopold-Ungar-Platz 2, 1190 Wien, Österrike**  
**Fax: +43 1 503 7244 41, E-mail: [drugsafety@aoporphan.com](mailto:drugsafety@aoporphan.com)**  
**Tack för hjälpen!**

Amomed ärendenummer: