

## Događaj od posebnog značaja (ESI) – infekcija krvi povezana s intravenskom primjenom treprostinila

Inicijali bolesnika: _____	Datum rođenja (DD/MMM/GGGG): _____	Dob: _____	Početni datum događaja (DD/MMM/GGGG): _____
Trajanje terapije treprostinilom: _____		Nadležni liječnik: _____	Naziv centra: _____
Vrsta izvješća (Označite odgovarajući odgovor) Početno izvješće <input type="checkbox"/> Izvješće o praćenju <input type="checkbox"/> Datum: _____		Ishod događaja (Označite odgovarajući odgovor) Događaj u tijeku <input type="checkbox"/> Događaj riješen <input type="checkbox"/> Datum: _____ Smrt <input type="checkbox"/>	

Je li uzeta kultura krvi? DA    NE    NE ZNAM  
       

Ako jest, datum uzorka (DD/MM/GGGG); izolirani mikroorganizam(organizmi); osjetljivost na antimikrobne lijekove:

---



---



---



---

Vrsta centralnog venskog katetera i broj pripoja: \_\_\_\_\_

Je li bolesnik koristio sustav zatvorenih pripoja? DA    NE    NE ZNAM  
          
Ako jest, navedite tip: \_\_\_\_\_

Je li bolesnik koristio filter od 0,2 mikrona ugrađen u infuzijsku cjevčicu? DA    NE    NE ZNAM  
       

Je li centralni venski kateter izvađen? DA    NE    NE ZNAM  
       

Ako jest, je li vrh katetera poslan na pretragu mikrobiološke kulture? DA    NE  
   

Ako jest, jesu li identificirani ikakvi mikroorganizmi? DA    NE  
   

Ako jesu, navedite izolirani(e) mikroorganizam(organizme) i osjetljivost na antimikrobne lijekove:

---

Je li kod bolesnika došlo do septikemije? DA    NE



## Upitnik za bolesnika o intravenskoj primjeni treprostinila

Molimo da s bolesnikom popunite ovaj upitnik za svaku prijavljenu infekciju krvi:

**Datum popunjavanja upitnika (DD/MMM/GGGG):**

**Nakon obavljene obuke, možete li si samostalno davati terapiju infuzijom?**

DA  NE

**Koliko vremena Vam je potrebno za pripremu lijeka?**

manje od 15 min  15–30 min  31–45 min  46–60 min  više od 1 sat

**Perete li ruke antiseptičnim sapunom prije pripreme lijeka?**

Nikada  Ponekad  Često  Uvijek

**Koristite li vodonepropusni povoj za održavanje suhoće spoja između katetera i infuzijske cijevi prije kupanja/tuširanja?**

Nikada  Ponekad  Često  Uvijek

**Je li Vam poznat postupak koji trebate provesti ako je spoj Vašeg katetera izložen vodi?**

DA  NE

**Koju vrstu povoja koristite oko mjesta uvođenja katetera?**

Sterilnu gazu  Prozirni plastični povoj

**Koliko često mijenjate povoj oko mjesta uvođenja katetera?**

Svaki drugi dan  Tjedno  Svaka dva tjedna ili više

**Koji tip centralnog venskog katetera imate?**

Hickman  Broviac  Groshong  Ostalo/Molimo navedite  \_\_\_\_\_

**Imaju li Vaše infuzijske cijevi već ugrađen filter?**

DA  NE

**Ako je odgovor ne, stavljate li zasebni filter kod pripreme nove linije?**

Nikada  Ponekad  Često  Uvijek

**Koristite li sustav pripoja katetera s podijeljenom pregradom za spajanje infuzijskih cijevi za kateter?**

Nikada  Ponekad  Često  Uvijek

**Koliko često mijenjate infuzijske cijevi?**

24 sata  48 sati  Ostalo/Molimo navedite  \_\_\_\_\_

**Koliko često mijenjate spremnik infuzije (vrećicu ili štrcaljku)?**

**Koja je trenutna brzina protoka lijeka u milimetrima na sat (ml/h)?**

**Obrazac popunio(la) (samo zdravstveni djelatnik):**

Ime i prezime: \_\_\_\_\_

Dana: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Grad: \_\_\_\_\_

Zemlja: \_\_\_\_\_

Potpis: \_\_\_\_\_

Zanimanje: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Faks: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**Molimo vratite u:**  
**Medis Adria d.o.o.**  
**e-mail: [safety@medis.si](mailto:safety@medis.si)**

ili

**Alpha-Medical d.o.o.**  
**e-mail: [drugsafety@c-nova.com](mailto:drugsafety@c-nova.com)**

**Hvala Vam na pomoći!**

ID broj slučaja: