

Upitnik za bolesnika o intravenskoj primjeni treprostinila

Nadležni liječnik: _____	Centar liječenja: _____	
Datum popunjavanja upitnika: _____	Trajanje terapije intravenskom infuzijom: _____	
Identifikacijski broj pacijenta (prema bolničkom kartonu): _____	Dob bolesnika: _____	Spol bolesnika: Muško <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/>

Obrazac popunio(la):

Bolesnik zdravstveni djelatnik (s bolesnikom)

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 Drugo/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)?

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

Molimo vratite popunjeni obrazac na adresu:

Orpha-Devel Handels und Vertriebs GmbH,
Wintergasse 85/1B, 3002 Purkersdorf, Austrija

Faks: +43 (0) 1 545011330,

Email: pv@amomed.com