

## 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

Žensko

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)?**

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**Molimo vratite popunjeni obrazac na adresu:**

**Tillomed Pharma GmbH**

Manhagener Allee 36, 22926 Ahrensburg, Germany

Zentrale: +49 30 31198550

Fax: +49 30 20169106

e-mail: [phv@tillomed.de](mailto:phv@tillomed.de)