

## IV Treprostinil patiëntenvragenlijst

Behandelende arts:		Behandelingscentrum:	
Datum invulling vragenlijst:		Duur IV infusietherapie:	
Referentie patiënt (overeenkomstig IV master patiëntenlogboek):	Leeftijd patiënt:	Geslacht patiënt: Man <input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/>	
Formulier ingevuld door:  Patiënt <input type="checkbox"/> Professionele zorgverlener (met patiënt) <input type="checkbox"/>			
<b>Bent u, na het volgen van de training, vertrouwd met de toediening van uw infusietherapie?</b> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>			
<b>Hoe lang duurt het om uw medicatie te prepareren?</b> Minder dan 15 min      15 – 30 min      31 - 45 min      46 - 60 min      meer dan 1 uur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<b>Wast u uw handen met ontsmettende zeep voordat u uw medicatie prepareert?</b> Nooit      Soms      Vaak      Altijd <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<b>Gebruikt u een waterbestendig verband om de aansluiting tussen uw katheter en de infuuslijn droog te houden tijdens het baden/douchen?</b> Nooit      Soms      Vaak      Altijd <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<b>Weet u welke handelingen u dient te ondernemen als de aansluiting van uw katheter is blootgesteld aan water?</b> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>			
<b>Welk type verband gebruikt u rond de inbrengplaats van uw katheter?</b> Steriel gaas <input type="checkbox"/> Transparant plastic verband <input type="checkbox"/>			
<b>Hoe vaak vervangt u het verband rond de inbrengplaats van uw katheter?</b> Om de twee dagen      Wekelijks      Twee weken of meer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<b>Welk type centrale veneuze katheter hebt u?</b> Hickman      Broviac      Groshong      Ander/specificeer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<b>Is uw infuuslijn al voorzien van een filter?</b> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>			

**Indien nee, brengt u een afzonderlijke filter aan bij het prepareren van een nieuwe lijn?**

Nooit      Soms      Vaak      Altijd  
                 

**Gebruikt u een split septum hubsysteem om de infuuslijn met uw katheter te verbinden?**

Nooit      Soms      Vaak      Altijd  
                 

**Hoe vaak vervangt u uw infuuslijn?**

24 uur      48 uur      Ander/specificeer  
           

**Hoe vaak vervangt u het reservoir van uw infuus (zak of spuit)?** \_\_\_\_\_

**Wat is de huidige infuussnelheid van uw medicatie in milliliter per uur (ml/uur)?**

**Stuur het ingevulde formulier terug naar:**

Tillomed Pharma GmbH  
Mittelstraße 5/5a  
12529 Schönefeld Duitsland

[PVUK@tillomed.com](mailto:PVUK@tillomed.com)