

ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ	Ημερομηνία παραλαβής:	Αριθμός αναφοράς ανεπιθύμητης ενέργειας:
--------------------------	------------------------------	---

ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ ΕΙΔΙΚΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ
(Σοβαρές αιματογενείς λοιμώξεις που σχετίζονται με τον κεντρικό φλεβικό καθετήρα και σήψη που σχετίζεται με την ενδοφλέβια οδό)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Αρχικά	Ηλικιακή/Ηλικιακή Ομάδα*	Γένος	Βάρος (Kg)	Ύψος (cm)	Ημερομηνία γέννησης (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ)	Αρ. Αναφ. Νοσοκομείου

* Νεογνό, Βρέφος, Παιδί, Έφηβος, Ενήλικος ή Ηλικιωμένος

Εάν είναι γυναίκα, η ασθενής είναι έγκυος; Ναι/ Όχι	Εάν ναι, Ημερομηνία τελευταίας εμμήνου ρύσεως	Αναμενόμενη ημερομηνία τοκετού
---	---	--------------------------------

ΥΠΟΠΤΟ(Α) ΦΑΡΜΑΚΟ(Α)

Φάρμακο/Εμπορική Ονομασία	Κατασκευαστής & Αρ. παρτίδας.	Οδός Χορήγησης	Ημερήσια δόση	Ένδειξη	Ημερομηνίες θεραπείας	
					Ημερομηνία έναρξης	Ημερομηνία διακοπής

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΠΟΥ ΛΗΦΘΗΚΑΝ ΜΕ ΥΠΟΠΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

<input type="checkbox"/> Αύξηση Δόσης <input type="checkbox"/> Μείωση Δόσης <input type="checkbox"/> Διακοπή Χορήγησης <input type="checkbox"/> Η δόση δεν άλλαξε <input type="checkbox"/> Άγνωστο

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΙΘΑΝΩΝ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Ημερομηνία έναρξης αντίδρασης 1) 2)	Ημερομηνία διακοπής αντίδρασης 1) 2)
---	--

Οι πληροφορίες που περιέχονται σε αυτά τα έγγραφα είναι εμπιστευτικές, προνομιακές και μόνο για εσωτερική χρήση και δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιηθούν, να δημοσιευτούν ή να αναδιανεμηθούν χωρίς τη συγκατάθεση της Tillomed.

Περιγράψτε την αντίδραση και τις λεπτομέρειες οποιασδήποτε θεραπείας ή έρευνας που πραγματοποιήθηκε με ημερομηνίες (περαιτέρω συγκεκριμένες ερωτήσεις που πρέπει να απαντηθούν αναφέρονται παρακάτω)	Έκβαση εκδήλωσης <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ανάρρωση <input type="radio"/> Μη ανάρρωση <input type="radio"/> Θάνατος <input type="radio"/> Άγνωστη <input type="radio"/> Αμετάβλητη <input type="radio"/> Άλλο (καθορίστε)
--	--

ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ (ΩΝ) ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ (ΕΙΩΝ)

Θεωρείτε σοβαρή την αντίδραση; **Ναι** **Όχι**

Αν ναι, λόγος σοβαρότητας:

Θάνατος - Παραθέσετε την ημερομηνία (ηη -μμμ- εεεε):

Απειλητική για τη ζωή

Συγγενής Ανωμαλία/ βλάβη κατά τον τοκετό

Πρόκληση ή παράταση νοσηλείας

Αναπηρία/ Ανικανότητα

Ιατρικά σημαντική

Απαιτείται παρέμβαση

Άλλο (καθορίστε)

Συμβάν σχετικό με ύποπτα φάρμακα **Ναι** **Όχι**

Το συμβάν εξαφανίστηκε καθώς το ύποπτο φάρμακο άλλαξε ή σταμάτησε; **Ναι** **Όχι**

Το συμβάν επανήλθε μετά την εκ νέου χορήγηση του ύποπτου φαρμάκου; **Ναι** **Όχι**

ΣΥΓΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ -Στοιχεία

Φάρμακο/ Εμπορική Ονομασία	Οδός Χορήγησης	Ημερήσια Δοσολογία	Ένδειξη	Ημερομηνίες θεραπείας	
				Ημερομηνία έναρξης	Ημερομηνία διακοπής
1.					
2.					
3.					

Υποκείμενο ιατρικό ιστορικό

Οποιοδήποτε ιστορικό διαβήτη, ανοσοκατασταλατικών παθήσεων ή ανοσοκατασταλατικών φαρμάκων που συνεχίζονται

-αλλεργικό ιστορικό

Οποιοδήποτε άλλο σημαντικό ιστορικό (ιατρικό ή χειρουργικό)-

Οι πληροφορίες που περιέχονται σε αυτά τα έγγραφα είναι εμπιστευτικές, προνομιακές και μόνο για εσωτερική χρήση και δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιηθούν, να δημοσιευτούν ή να αναδιανεμηθούν χωρίς τη συγκατάθεση της Tillomed.

Στοχευμένα ερωτηματολόγια

Περιγράψτε τη μέθοδο αραίωσης της τρεπροστινίλης;	
Περιγράψτε τον κεντρικό φλεβικό καθετήρα που χρησιμοποιήθηκε. Ήταν υποδόριος και με με δακτυλίους (cuffs); Πόσες εισοδοί έγχυσης;	
Εισήχθη ο καθετήρας με την κατάλληλη ασηπτική τεχνική και τεχνικές υγιεινής;	
Πώς καλύφθηκε το σημείο εισαγωγής του καθετήρα;	
Πόσο συχνά άλλαζε ο επίδεσμος στο σημείο εισαγωγής του καθετήρα;	
Ποια ήταν η διάρκεια χρήσης του αραιωμένου διαλύματος τρεπροστινίλης;	
Χρησιμοποιήθηκε ενσωματωμένο φίλτρο (0,2 micron) κατά τη χορήγηση; Πόσο συχνά άλλαζε;	
Γινόταν αντικατάσταση της κλειστής συσκευής ασφαλούς σύνδεσης διαχωριζόμενου διαφράγματος κάθε 7 ημέρες;	
Ήταν υγρό το σύστημα διασύνδεσης luer lock τη στιγμή της ανταλλαγής είτε της γραμμής έγχυσης είτε της κλειστής συσκευής ασφαλούς σύνδεσης;	
Εφαρμόστηκε τοπική αντιβιοτική αλοιφή ή κρέμα στο σημείο εισαγωγής του καθετήρα;	
Πήγε ο ασθενής για κολύμπι; Αν ναι, αναφέρετε πόσο συχνά.	
Παρακαλούμε επιβεβαιώστε εάν ο ασθενής έχει φλεγμονή ή έκκριση γύρω από το σημείο του καθετήρα; Αν ναι πόσο χρονικό διάστημα μετά την εισαγωγή του καθετήρα;	
Ο ασθενής έχει πυρετό, πόνο στο σώμα ή οποιαδήποτε άλλη λοίμωξη;	
Αναφορά σχετικά με έρευνες που έγιναν για την ανίχνευση λοίμωξης/σηψαιμίας (π.χ. αναφορές καλλιέργειας αίματος)	
Θεραπεία που χορηγείται για τη θεραπεία της λοίμωξης/σηψαιμίας;	

Οι πληροφορίες που περιέχονται σε αυτά τα έγγραφα είναι εμπιστευτικές, προνομιακές και μόνο για εσωτερική χρήση και δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιηθούν, να δημοσιευτούν ή να αναδιανεμηθούν χωρίς τη συγκατάθεση της Tillomed.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΗΛΟΥΝΤΑ

Όνομα επίθετο	Επάγγελμα	Τηλεφωνικός αριθμός.	ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
Διεύθυνση με Τ.Κ	Υπογραφή	Ημερομηνία	

Οι πληροφορίες που περιέχονται σε αυτά τα έγγραφα είναι εμπιστευτικές, προνομιακές και μόνο για εσωτερική χρήση και δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιηθούν, να δημοσιευτούν ή να αναδιανεμηθούν χωρίς τη συγκατάθεση της Tillomed.