

Dieser Fragebogen für Patienten ist verpflichtender Teil der Zulassung von Remodulin® (Treprostinil) und wurde als zusätzliche risikominimierende Maßnahme beauftragt, um das Risiko des Auftretens von Katheter-assoziierten Infektionen des Blutkreislaufs bei der Verabreichung mittels intravenöser Dauerinfusion über eine externe Infusionspumpe und zentralvenösem Katheter (ZVK) zu reduzieren und das Nutzen-Risiko-Verhältnis zu erhöhen.



Fragebogen für Patienten, die über eine externe Infusionspumpe und ZVK mit Remodulin® (Treprostinil) behandelt werden

Behandelnder Arzt: _____	Behandlungszentrum: _____	
Datum: _____	Dauer der intravenösen Infusionsbehandlung: _____	
Patientenidentifikation (gemäß Eintrag in der Patientenakte): _____	Alter: _____	Geschlecht: Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/>
Wer hat den Fragebogen ausgefüllt? Patient <input type="checkbox"/> Angehöriger eines Heilberufes (zusammen mit dem Patienten) <input type="checkbox"/>		

Fühlen Sie sich nach der Einweisung sicher Ihre intravenöse Infusionsbehandlung durchzuführen?

Ja Nein

Wie viel Zeit benötigen Sie, um Ihre Behandlung vorzubereiten?

weniger als 15 min 15 – 30 min 31 - 45 min 46 - 60 min länger als 1 Stunde

Waschen Sie Ihre Hände mit einer antiseptischen Seife und reinigen Sie Ihren Arbeitsbereich mit einem antibakteriellen Wischtuch, bevor Sie Ihre Behandlung vorbereiten?

Nie Manchmal Oft Immer

Welche Stärke von Remodulin in Milligramm pro Milliliter (mg/ml) verwenden Sie? (Hinweis: Angabe auf dem Etikett der Durchstechflasche)

Welche Menge von unverdünntem Remodulin in Milliliter (ml) entnehmen Sie aus der Durchstechflasche der oben genannten Stärke?

Welches Verdünnungsmittel verwenden Sie?

Mit welcher Menge des oben genannten Verdünnungsmittels in Milliliter (ml) mischen Sie die entnommene Menge von unverdünntem Remodulin?

Welche Gesamtmenge der verdünnten Lösung von Remodulin in Milliliter (ml) erhalten Sie, wenn Sie alle notwendigen Verdünnungsschritte durchgeführt haben?

Wissen Sie, wie sie den Arzneimittelbehälter Ihrer Pumpe mit der verdünnten Lösung von Remodulin füllen?

Ja Nein

Wie hoch ist Ihre derzeitige Infusionsrate in Milliliter pro Stunde (ml/h)?

Wie oft wechseln Sie den Arzneimittelbehälter Ihrer Pumpe (Beutel oder Spritze)?

Welche Art vom Zentralvenenkatheter verwenden Sie?

Hickman Broviac Groshong

Sonstige (Bitte angeben) _____

Welche Art vom Wundverband verwenden Sie an der Einführstelle Ihres Katheters?

Sterile Gaze Durchsichtiger Kunststoffverband

Wie oft wechseln Sie den Wundverband an der Einführstelle Ihres Katheters?

Alle zwei Tage Wöchentlich Alle zwei Wochen oder weniger häufig

Enthält Ihr Infusionssystem bereits einen Filter?

Ja Nein

Falls Sie mit <Nein> geantwortet haben: Bringen Sie einen separaten Filter an, wenn Sie Ihr Infusionssystem wechseln?

Nie Manchmal Oft Immer

Verwenden Sie eine geschlossene Hubvorrichtung mit geteiltem Septum, um das Infusionssystem mit Ihrem Katheter zu verbinden?

Nie Manchmal Oft Immer

Wie oft wechseln Sie Ihr Infusionssystem?

24 Stunden 48 Stunden Sonstige (Bitte angeben) _____

Wie oft wechseln Sie Ihre geschlossene Hubverbindung?

24 Stunden Alle 7 Tage Sonstige (Bitte angeben) _____

Verwenden Sie beim Baden/Duschen einen wasserdichten Verband, um die Verbindung zwischen Ihrem Katheter und dem Infusionssystem trocken zu halten?

Nie Manchmal Oft Immer

Wissen Sie, welche Maßnahmen zu ergreifen sind, wenn die Verbindung zwischen Ihrem Katheter und dem Infusionssystem nass geworden ist?

Ja Nein

Beschreiben Sie die Anzeichen einer Infektion, auf die Sie täglich achten sollten:

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:

Medizinische Abteilung
z. H. Dr. med. Daniel S. Behr
OMT GmbH & Co. KG
Niederlassung Nord:
Emscherstraße 8
D-32427 Minden

Fax: +49 (0) 571 97434-39
E-Mail: medical@omtmed.com