

**Événement de surveillance particulière : Infection sanguine associée à tréprostinil administré par voie intraveineuse à l'aide d'une pompe ambulatoire externe**

Initiales du patient : _____	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____	Âge : _____	Date de début de l'événement (JJ/MM/AAAA) : _____
------------------------------	--	-------------	---

Durée du traitement par tréprostinil intraveineux : _____	Médecin faisant la déclaration : _____	Nom et adresse du centre médical : _____
---	--	--

<u>Type de rapport (Cocher la case appropriée)</u>	<u>Conséquence de l'événement (Cocher la case appropriée)</u>
Rapport initial <input type="checkbox"/>	Événement en cours <input type="checkbox"/>
Rapport de suivi <input type="checkbox"/>	Événement résolu <input type="checkbox"/> Date : _____
Date : _____	Décès <input type="checkbox"/>

**Une hémoculture a-t-elle été prélevée ?** OUI  NON  INCONNU

**Si oui, date du prélèvement (JJ/MM/AAAA) ; germe(s) isolé(s) ; sensibilité aux antiinfectieux :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Type de cathéter veineux central et nombre de ports :** \_\_\_\_\_

**Le patient a-t-il utilisé un système clos ?** OUI  NON  INCONNU

**Si oui, veuillez préciser de quel type :** \_\_\_\_\_

**Le patient a-t-il utilisé un filtre en ligne de 0,2 micron ?** OUI  NON  INCONNU

**Le cathéter veineux central a-t-il été retiré ?**

**Si oui, l'extrémité du cathéter a-t-elle été envoyée au laboratoire pour mise en culture ?**

**Si oui, des agents pathogènes ont-ils été identifiés ?**

**Si oui, veuillez préciser le(les) germe(s) isolé(s) et la sensibilité aux antiinfectieux :**

---

**Le patient a-t-il développé une septicémie ?**

OUI

NON

**Existait-il des facteurs susceptibles d'avoir augmenté le risque d'infection du sang chez ce patient ?**

OUI

NON

INCONNU

**Si oui, veuillez préciser :** \_\_\_\_\_

**Le patient a-t-il continué à être traité par tréprostinil intraveineux ?**

OUI

NON

INCONNU

**Si oui, quelles mesures ont été prises pour réduire le risque d'infections récurrentes ?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Description détaillée de l'événement :**

---

---

---

---

---

---

## Questionnaire patient : Traitement par tréprostinil intraveineux administré à l'aide d'une pompe ambulatoire externe

Veillez remplir ce questionnaire avec le patient pour chaque infection sanguine signalée :

**Date à laquelle ce questionnaire a été rempli (JJ/MM/AAAA) :** \_\_\_\_\_

**Après la formation que vous avez reçue, vous sentez-vous capable de prendre en charge votre traitement par perfusion ?**

Oui  Non

**Combien de temps vous faut-il pour préparer votre traitement ?**

Moins de 15 min  15 à 30 min  31 à 45 min  46 à 60 min  Plus d'une heure

**Vous lavez-vous les mains avec un savon antiseptique avant de préparer votre traitement ?**

Jamais  Parfois  Souvent  Toujours

**Utilisez-vous un pansement imperméable afin de garder au sec le branchement entre votre cathéter et votre perfusion lorsque vous prenez une douche ou êtes exposé à l'eau ?**

Jamais  Parfois  Souvent  Toujours

**Connaissez-vous la marche à suivre si le branchement de votre cathéter est exposé à l'eau ?**

Oui  Non

**Quel type de pansement utilisez-vous sur le site d'insertion de votre cathéter ?**

Gaze stérile  Pansement transparent en plastique

**À quelle fréquence changez-vous le pansement du site d'insertion de votre cathéter ?**

Tous les deux jours  Toutes les semaines  Toutes les deux semaines ou plus

**Quel type de cathéter veineux central avez-vous ?**

Hickman  Broviac  Groshong  Autre/Veuillez préciser  \_\_\_\_\_

**Votre tubulure de perfusion dispose-t-elle déjà d'un filtre ?**

Oui  Non

**Si la réponse est non, y attachez-vous un filtre séparé lorsque vous préparez une nouvelle ligne ?**

Jamais  Parfois  Souvent  Toujours

**Utilisez-vous une embase à septum pré-fendu pour connecter la tubulure de perfusion à votre cathéter ?**

Jamais  Parfois  Souvent  Toujours

**À quelle fréquence remplacez-vous votre tubulure de perfusion ?**

Toutes les 24 heures  Toutes les 48 heures  Autre/Veuillez préciser  \_\_\_\_\_

**À quelle fréquence remplacez-vous votre réservoir de perfusion (cassettes ou seringue) ?**

\_\_\_\_\_

**Quelle est le débit actuel de votre perfusion en millilitres par heure (ml/h) ?**

\_\_\_\_\_

**Formulaire rempli par (un professionnel de santé uniquement) :**

Nom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

État : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

**Veillez renvoyer ce questionnaire complété pour la spécialité Treprostinil TILLOMED :**

**Email : [pharmacovigilance@medipha.eu](mailto:pharmacovigilance@medipha.eu)**

**Tel : 01 69 59 23 00**

**Nous vous remercions de votre aide !**

**Numéro d'identification du cas :**