

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 <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Existait-il des facteurs susceptibles d'avoir augmenté le risque d'infection du sang chez ce patient ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	INCONNU <input type="checkbox"/>

Si oui, veuillez préciser : _____

Le patient a-t-il continué à être traité par tréprostinil intraveineux ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	INCONNU <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

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

Tel : 01 69 59 23 00

Nous vous remercions de votre aide !

Numéro d'identification du cas :