

## 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 :**