

Прашалник за пациентот

Прашалник за пациенти на терапија со интравенски Трепростинил преку надворешна пумпа за инфузија и централен венски катетер (ЦВК)

Овој Прашалник за пациентот е задолжителен дел од одобрението за ставање во промет на лекот Трепростинил Тиломед раствор за инфузија. Овој документ е дел од дополнителните мерки за минимизирање на ризик што се спроведуваат за да се намали ризикот од појава на инфекции на крвотокот поврзани со катетер, кога Трепростинил Тиломед растворот за инфузија се администрира како континуирана интравенска инфузија преку надворешна пумпа за инфузија и централен венски катетер (ЦВК).

Другите мерки за минимизирање на ризик вклучуваат Водич за здравствени работници и Брошура за пациентот. Овие едукативни материјали се достапни на веб-страницата на Агенцијата за лекови и медицински средства (МАЛМЕД) во делот Фармаковигиланца/Безбедносни информации за лекови/Управување со ризик на <https://malmed.gov.mk/управување-со-ризик>

Од здравствените работници кои го пропишуваат лекот и пациентите се бара да го пополнат овој краток Прашалник за пациентот, кој ќе помогне да се процени способноста на пациентите да ги применат активностите за минимизирање на ризик и да ги идентификуваат можните потешкотии кои би ги имале, а кои клиничкиот тим може да ги реши.



Прашалник за пациентот

Да се пополни од страна на лекар:

Причина за пополнување на прашалникот:

- ☐ Проверете го знаењето на пациентот после почетната едукација
- ☐ Проверете го знаењето на пациентот после 3-6 месеци терапија
- ☐ Проверете го знаењето на пациентот после инфекција на крвта поврзана со катетер*

* Пријавете ги сите сомнителни инфекции на крвотокот на e-mail адресата:
mila.kitanovska@pharmas.mk

Лекар:

Здравствена установа:

Датум (кога е пополнет прашалникот):

Времетраење на терапијата со интравенска инфузија:

Иницијали на пациентот: Број за идентификација на пациентот:

Возраст на пациентот: Пол на пациентот: ☐ машки ☐ женски

Кој го пополни прашалникот?

- ☐ Пациент
- ☐ Здравствен работник (заедно со пациентот)

Пополнетите прашалници треба да се испратат на e-mail адресата:
mila.kitanovska@pharmas.mk

Пациентот треба да ги одговори следните прашања:

Вратете го пополнетиот прашалник на клиничкиот тим одговорен за Вашата нега

1. Дали сте сигурни дека знаете да ја подготвите и администрирате Вашата интравенска инфузиона терапија после едукација и обука од страна на клиничкиот тим?

- ☐ Да
- ☐ Не (разговарајте со клиничкиот тим за да ги разјасните сите прашања/грижи кои ги имате)

2. Инфекции на крвта поврзани со централен венски катетер се познат ризик од третманот со интравенска инфузија на трепростинил

- ☐ Точно
- ☐ Неточно
- ☐ Не знам



Прашалник за пациентот

3. Пред подготовка на Вашата инфузија или ракување со инфузискиот систем/катетер, дали ги миете рацете и ги следите асептичните техники како што Ве советува Вашиот клинички тим?
☐ Не ☐ Понекогаш ☐ Често ☐ Секогаш
4. Пред подготовка на Вашата инфузија и замена на деловите од системот за инфузија (филтри, уред со затворен центар, цевки за инфузија итн.) дали го проверувате рокот на употреба на деловите и на лекот што ќе ги користите?
☐ Не ☐ Понекогаш ☐ Често ☐ Секогаш
5. Која јачина на Трепростинил во милиграми на милилитар (mg/ml) ја користите?
(Забелешка: оваа информација е наведена на налепницата на вијалата)
.....
6. Која количина на неразреден Трепростинил во милилитри (ml) ја земате од вијалата со горенаведената јачина?
.....
7. Кој растворувач го користите?
☐ Стерилна вода за инјекции ☐ 0.9 % (w/v) натриум хлорид за инјекции
☐ Друг (Ве молиме наведете)
8. Со која количина од горенаведениот растворувач во милилитри (ml) ја мешате количината од неразредениот Трепростинил?
.....
9. Која е вкупната добиена количина на разреден раствор на Трепростинил во милилитри (ml) по завршувањето на сите неопходни чекори за разредување?
.....
10. Која е Вашата моментална брзина на инфузија во милилитри на час (ml/h)?
.....
11. Колку е максималното времетраење на употреба на разредениот продукт што го подготвувате за инфузија?



Прашалник за пациентот

☐ 24 часа ☐ 48 часа ☐ 72 часа

12. Колку често треба да ја заменуваат содржината на резервоарот за лек и инфузииската цевка?

☐ секои 24 часа ☐ секои 48 часа ☐ секои 72 часа

13. Колку често треба да го заменуваат уредот со затворен центар со поделена преграда на Вашиот систем за инфузија?

☐ секои 3 дена ☐ секои 5 дена ☐ секои 7 дена

14. Дали Вашиот систем за инфузија веќе содржи филтер?

☐ Да ☐ Не

15. Доколку одговоривте „Не“ на прашањето бр.14: Дали поставувате одделен филтер кога го менувате системот за инфузија?

☐ Не ☐ Понекогаш ☐ Често ☐ Секогаш

16. Каков тип на преврска користите на местото на вметнување на катетер?

☐ Стерилна газа ☐ Стерилен просирен завој

17. Колку често ја менувате преврската на местото на вметнување на катетер?

☐ секои 2 дена ☐ секои 7 дена ☐ Друго (Ве молиме наведете)

.....

18. Доколку завојот станал влажен, разлабавен или извалкан или по преглед на местото на вметнување на катетер, што треба да се направи?

☐ Треба да се измие со чиста вода
☐ Треба да се замени
☐ Не знам

19. Дали одите на пливање?

☐ Да ☐ Не

20. Дали користите водоотпорна преврска за да ја одржувате конекцијата помеѓу катетерот и системот за инфузија сува при капење/туширање?



Прашалник за пациентот

☐ Да

☐ Не

21. Опишете ги знаците на инфекција на кои треба секојдневно да внимавате:

.....

22. Што треба да направите ако се сомневате на инфекција поврзана со Вашиот катетер/третман?

☐ Веднаш да го контактирате клиничкиот тим/лекарот

☐ Да не се прави ништо

Да се пополни од лекар/клинички тим одговорен за грижа на пациентот:

Преглед од страна на одговорниот клинички тим:

Датум на преглед: _____

☐ Пациентот покажа соодветно разбирање/познавање за неговиот третман

☐ Пациентот НЕ покажа соодветно разбирање/познавање за неговиот третман
(Ве молиме пополнете го долунаведеното)

Опишете го делот кој пациентот недоволно го разбира:

Дали пациентот е повторно обучен во врска со делот кој недоволно го разбира

☐ Да

☐ Не

Име на членот на клиничкиот тим кој го прегледал овој пополнет прашалник:

Потпис и датум:

ВЕ МОЛИМЕ ИСПРАТЕТЕ ГО ПОПОЛНЕТИОТ ПРАШАЛНИК НА
mila.kitanovska@pharmas.mk

