



Potilaskysely

Tämän lääkevalmisteen pitkäaikaisen laskimonsisäisen käytön aiheuttama infektio veressä

[Keskuslaskimokatetriin liittyvien, laskimonsisäisen antoreitin yhteydessä esiintyvien verenkierroinfektioiden ja sepsiksen riski (riski johtuu lääkkeen annostelujärjestelmästä)]

Laskimonsisäisen treprostiinihoidon määrännyt hoitava lääkäri täyttää lyhyen kyselylomakkeen yhdessä potilaan kanssa sen jälkeen, kun potilas on saanut hoitoa vähintään 3 kuukauden ajan. Lähetä täytetty kyselylomake sähköpostiosoitteeseen PVUK@tillomed.co.uk

1. Mainitse päivämäärä, jolloin viimeksi sait treprostiiniä laskimoteitse. Jos et muista päivää, mainitse kuukausi/vuosi.

2. Kuinka kauan sait treprostiinihoitoa laskimoteitse?

3. Kertoiko hoitava lääkäri sinulle riittävästi pitkäaikaiseen laskimonsisäiseen treprostiinihoitoon liittyvästä verenkierroinfektion riskistä?

Kyllä Ei

4. Ymmärsitkö oikein tämän riskin ja annoitko hoitavalle lääkärille suostumuksesi pitkäaikaiseen laskimonsisäiseen treprostiinihoitoon?

Kyllä Ei

5. Esiintyikö sinulla mitään oireita, esimerkiksi kipua, punoitusta, turvotusta tai kutinaa infuusiokohdassa tai kuumetta, levottomuuden tunnetta tai mitä tahansa muita ongelmia sinä aikana, kun sait laskimonsisäistä treprostiinihoitoa?

Kyllä Ei - Jos vastasit myöntävästi, anna lisätietoja:

6. Jos sinulla esiintyi edellä mainittuja oireita, ilmoititko niistä lääkärille ja lopettiko lääkäri hoidon välittömästi?

Kyllä Ei Ei tiedossa - Jos vastasit kieltävästi, anna lisätietoja:

7. Kuinka pian oireesi helpottivat?

8. Esiintyikö sinulla mitään ongelmia 3 kuukautta kestäneen hoidon aikana?

Epäillyistä haittavaikutuksista ilmoittaminen



Potilaskysely

On tärkeää ilmoittaa myyntiluvan myöntämisen jälkeisistä lääkevalmisteen epäillyistä haittavaikutuksista. Se mahdollistaa lääkevalmisteen hyöty-haittatasapainon jatkuvan arvioinnin. Terveydenhuollon ammattilaisia pyydetään ilmoittamaan kaikista epäillyistä haittavaikutuksista seuraavalle taholle:

www-sivusto: www.fimea.fi

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea

Lääkkeiden haittavaikutusrekisteri

PL 55

00034 FIMEA

Potilaan allekirjoitus:

Sairaalan numero:

Sairaalan nimi: