

Dieser Fragebogen für Patienten ist verpflichtender Teil der Zulassung von Treprostinil Tillomed Infusionslösung (Treprostinil) und wurde als zusätzliche risikominimierende Maßnahme beauftragt, um das Risiko des Auftretens von Katheter-assoziierten Infektionen des Blutkreislaufs bei der Verabreichung mittels intravenöser Dauerinfusion über eine externe Infusionspumpe und zentralvenösem Katheter (ZVK) zu reduzieren und das Nutzen-Risiko-Verhältnis zu erhöhen.



## Fragebogen für Patienten, die über eine externe Infusionspumpe und ZVK mit Treprostinil Tillomed Infusionslösung (Treprostinil) behandelt werden

Behandelnder Arzt:

\_\_\_\_\_

Behandlungszentrum:

\_\_\_\_\_

Datum:

\_\_\_\_\_

Dauer der intravenösen Infusionsbehandlung:

\_\_\_\_\_

Patientenidentifikation (gemäß Eintrag in der Patientenkartei):

\_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Geschlecht:

Männlich

Weiblich

Wer hat den Fragebogen ausgefüllt?

Patient

Angehöriger eines Heilberufes (zusammen mit dem Patienten)

**Fühlen Sie sich nach der Einweisung sicher Ihre intravenöse Infusionsbehandlung durchzuführen?**

Ja

Nein

**Wie viel Zeit benötigen Sie, um Ihre Behandlung vorzubereiten?**

weniger als 15 min  15 – 30 min  31 - 45 min  46 - 60 min  länger als 1 Stunde

**Waschen Sie Ihre Hände mit einer antiseptischen Seife und reinigen Sie Ihren Arbeitsbereich mit einem antibakteriellen Wischtuch, bevor Sie Ihre Behandlung vorbereiten?**

Nie

Manchmal

Oft

Immer

**Welche Stärke von Treprostinil Tillomed Infusionslösung in Milligramm pro Milliliter (mg/ml) verwenden Sie? (Hinweis: Angabe auf dem Etikett der Durchstechflasche)**

\_\_\_\_\_

**Welche Menge von unverdünntem Treprostinil Tillomed Infusionslösung in Milliliter (ml) entnehmen Sie aus der Durchstechflasche der oben genannten Stärke?**

\_\_\_\_\_

**Welches Verdünnungsmittel verwenden Sie?**

\_\_\_\_\_

**Mit welcher Menge des oben genannten Verdünnungsmittels in Milliliter (ml) mischen Sie die entnommene Menge von unverdünntem Treprostinil Tillomed Infusionslösung?**

\_\_\_\_\_

**Welche Gesamtmenge der verdünnten Lösung von Treprostinil Tillomed Infusionslösung in Milliliter (ml) erhalten Sie, wenn Sie alle notwendigen Verdünnungsschritte durchgeführt haben?**

\_\_\_\_\_

**Wissen Sie, wie sie den Arzneimittelbehälter Ihrer Pumpe mit der verdünnten Lösung von Treprostinil Tillomed Infusionslösung füllen?**

Ja       Nein

**Wie hoch ist Ihre derzeitige Infusionsrate in Milliliter pro Stunde (ml/h)?**

\_\_\_\_\_

**Wie oft wechseln Sie den Arzneimittelbehälter Ihrer Pumpe (Beutel oder Spritze)?**

\_\_\_\_\_

**Welche Art vom Zentralvenenkatheter verwenden Sie?**

Hickman       Broviac       Groshong

Sonstige (Bitte angeben)  \_\_\_\_\_

**Welche Art vom Wundverband verwenden Sie an der Einführstelle Ihres Katheters?**

Sterile Gaze     Durchsichtiger Kunststoffverband

**Wie oft wechseln Sie den Wundverband an der Einführstelle Ihres Katheters?**

Alle zwei Tage     Wöchentlich     Alle zwei Wochen oder weniger häufig

**Enthält Ihr Infusionssystem bereits einen Filter?**

Ja     Nein

**Falls Sie mit <Nein> geantwortet haben: Bringen Sie einen separaten Filter an, wenn Sie Ihr Infusionssystem wechseln?**

Nie     Manchmal     Oft     Immer

**Verwenden Sie eine geschlossene Hubvorrichtung mit geteiltem Septum, um das Infusionssystem mit Ihrem Katheter zu verbinden?**

Nie     Manchmal     Oft     Immer

**Wie oft wechseln Sie Ihr Infusionssystem?**

24 Stunden     48 Stunden     Sonstige (Bitte angeben)  \_\_\_\_\_

**Wie oft wechseln Sie Ihre geschlossene Hubverbindung?**

24 Stunden     Alle 7 Tage     Sonstige (Bitte angeben)  \_\_\_\_\_

**Verwenden Sie beim Baden/Duschen einen wasserdichten Verband, um die Verbindung zwischen Ihrem Katheter und dem Infusionssystem trocken zu halten?**

Nie     Manchmal     Oft     Immer

**Wissen Sie, welche Maßnahmen zu ergreifen sind, wenn die Verbindung zwischen Ihrem Katheter und dem Infusionssystem nass geworden ist?**

Ja     Nein

**Beschreiben Sie die Anzeichen einer Infektion, auf die Sie täglich achten sollten:**

**Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:**

**Tillomed Pharma GmbH, Mittelstr. 5/5a,  
12529 Schönefeld, Deutschland**

**Tel.: 030 31198550,  
Fax: 030 20169106,  
E-Mail: [phv@tillomed.com](mailto:phv@tillomed.com)**