

## Laskimonsisäistä Treposaa saavan potilaan kyselykaavake

Hoitava lääkäri: _____		Hoitokohta: _____	
Kyselykaavake täytetty: _____		Laskimonsisäisen infuusioidon kesto: _____	
Potilaan viite (i.v.-potilaan päätiedoston mukaan): _____	Potilaan ikä: _____	Potilaan sukupuoli: Mies <input type="checkbox"/> Nainen <input type="checkbox"/>	

Lomakkeen täytti:

Potilas  Erikoislääkäri (yhdessä potilaan kanssa)

**Koetko olosi itsevarmaksi infuusioidon antamisessa koulutuksen jälkeen?**

Kyllä  En

**Kuinka pitkään lääkkeen valmistelu sinulta kestää?**

alle 15 min  15–30 min  31–45 min  46–60 min  yli 1 tunnin

**Pesetkö kätesi antiseptisellä saippualla, ennen kuin valmistelet lääkkeen?**

En koskaan  Joskus  Usein  Aina

**Käytätkö kylvyssä/suihkussa vedenpitävää sidosta pitääksesi katetrin ja infuusioletkun välissä olevan liitoskohdan kuivana?**

En koskaan  Joskus  Usein  Aina

**Tiedätkö, mitä pitää tehdä, jos katetrin liitoskohta kastuu?**

Kyllä  En

**Minkä tyyppistä sidosta käytät katetrin sisäänmenokohdassa?**

Steriili sidos  Läpinäkyvä muovisidos

**Kuinka usein vaihdat katetrin sisäänmenokohdassa olevan sidoksen?**

Kahden päivän välein  Viikoittain  Kahden viikon välein tai harvemmin

**Minkä tyyppistä keskuslaskimokatetria käytät?**

Hickman  Broviac  Groshong  Muu (tarkenna)  \_\_\_\_\_

**Onko infuusioletkussasi jo valmiiksi suodatin?**

Kyllä  Ei

**Jos vastasit <Ei>, kiinnitätkö erillisen suodattimen, kun asetat uuden letkun?**

En koskaan  Joskus  Usein  Aina

**Käytätkö umpikantaista katetria, jossa on jaettu väliseinä, liittääksesi infuusioletkun katetriin?**

En koskaan  Joskus  Usein  Aina

**Kuinka usein vaihdat infuusioletkun?**

24 tunnin välein  48 tunnin välein  Muu aikaväli (tarkenna)

\_\_\_\_\_

**Kuinka usein vaihdat infuusiosäiliön (pussi tai ruisku)?**

\_\_\_\_\_

**Mikä on lääkkeesi nykyinen infuusionopeus millilitroina tunnissa (ml/h)?**

\_\_\_\_\_

**Lähetä täytetty lomake osoitteeseen:**

**QPPV Dr. Juri Hodisch**  
Amomed Pharma GmbH  
Leopold-Ungar-Platz 2, 1190 Wien, Itävalta  
**Sähköposti: [drugsafety@aoporphan.com](mailto:drugsafety@aoporphan.com)**