



Kwestionariusz dla pacjenta

Zakażenie krwi związane z długoterminowym dożylnym leczeniem tym lekiem

Zakażenia krwi związane z centralnym cewnikiem żylnym i posocznica w związku z dożylną drogą podawania (ryzyko związane z systemem podawania leku)

Lekarz prowadzący, który przepisał dożylnie leczenie treprostynilem powinien przeprowadzić z pacjentem krótki kwestionariusz po upływie co najmniej 3 miesięcy leczenia. Po wypełnieniu kwestionariusza należy przesłać go w wiadomości e-mail na adres PVUK@tillomed.com

1. Proszę wskazać datę ostatniego podania treprostynilu drogą dożylną. Jeśli nie pamięta Pan/Pani tej daty, proszę podać miesiąc/rok.

2. Od jak dawna lub przez jaki czas otrzymywał(-a) Pan/Pani dożylnie leczenie treprostynilem?

3. Czy lekarz prowadzący poinformował Pana/Panią wystarczająco o ryzyku zakażenia krwi z powodu długotrwałego dożylnego leczenia treprostynilem?

Tak Nie

4. Czy prawidłowo zrozumiał(-a) Pan/Pani to ryzyko i wyraził(-a) zgodę lekarzowi prowadzącemu na długotrwałe dożylnie leczenie treprostynilem?

Tak Nie

5. Czy występują u Pana/Pani takie objawy jak ból, zaczerwienienie, obrzęk, świąd w miejscu podania wlewu lub gorączka, złe samopoczucie lub jakikolwiek inny problem podczas dożylnego leczenia treprostynilem?

Tak Nie — Jeśli tak, proszę podać szczegóły:

6. Jeśli wystąpił u Pana/Pani którykolwiek z powyższych objawów, czy poinformował(-a) Pan/Pani lekarza i czy lekarz natychmiast rozpoczął leczenie?

Tak Nie Nd. — Jeśli nie, proszę podać szczegóły

7. W jakim okresie doszło do złagodzenia objawów?

8. Czy miał(-a) Pan/Pani jakieś problemy podczas stosowania leczenia przez 3 miesiące?

Podpis pacjenta:

Numer szpitala:

Nazwa szpitala: