

## Événement de surveillance particulière : Infection sanguine associée à tréprostinil administré par voie intraveineuse

Initiales du patient : _____	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____	Âge : _____	Date de début de l'événement (JJ/MM/AAAA) : _____
Durée du traitement par tréprostinil intraveineux : _____	Médecin faisant la déclaration : _____	Nom et adresse du centre médical: _____	
<u>Type de rapport (Cocher la case appropriée)</u>		<u>Conséquence de l'événement (Cocher la case appropriée)</u>	
Rapport initial <input type="checkbox"/>		Événement en cours <input type="checkbox"/>	
Rapport de suivi <input type="checkbox"/>		Événement résolu <input type="checkbox"/>	Date : _____
Date : _____		Décès <input type="checkbox"/>	
<p style="text-align: right; margin-right: 50px;">OUI                  NON                  INCONNU</p> <p><b>Une hémoculture a-t-elle été prélevée ?</b>                  <input type="checkbox"/>                  <input type="checkbox"/>                  <input type="checkbox"/></p> <p><b>Si oui, date du prélèvement (JJ/MM/AAAA) ; germe(s) isolé(s) ; sensibilité aux antiinfectieux:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Type de cathéter veineux central et nombre de ports :</b> _____</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">OUI                  NON                  INCONNU</p> <p><b>Le patient a-t-il utilisé un système clos ?</b>                  <input type="checkbox"/>                  <input type="checkbox"/>                  <input type="checkbox"/></p> <p><b>Si oui, veuillez préciser de quel type :</b> _____</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">OUI                  NON                  INCONNU</p> <p><b>Le patient a-t-il utilisé un filtre en ligne de 0,2 micron ?</b>                  <input type="checkbox"/>                  <input type="checkbox"/>                  <input type="checkbox"/></p> <p><b>Le cathéter veineux central a-t-il été retiré ?</b>                  <input type="checkbox"/>                  <input type="checkbox"/>                  <input type="checkbox"/></p> <p><b>Si oui, l'extrémité du cathéter a-t-elle été envoyée au laboratoire pour mise en culture ?</b></p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;"><input type="checkbox"/>                  <input type="checkbox"/></p> <p><b>Si oui, des agents pathogènes ont-ils été identifiés ?</b>                  <input type="checkbox"/>                  <input type="checkbox"/></p> <p><b>Si oui, veuillez préciser les germe (s) isolé(s) et la sensibilité aux antiinfectieux :</b> _____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">OUI                  NON</p> <p><b>Le patient a-t-il développé une septicémie ?</b>                  <input type="checkbox"/>                  <input type="checkbox"/></p>			



## Questionnaire patient : Traitement par tréprostinil intraveineux

Veillez remplir ce questionnaire avec le patient pour chaque infection sanguine signalée :

**Date à laquelle ce questionnaire a été rempli (JJ/MM/AAAA) :**

**Après la formation que vous avez reçue, vous sentez-vous capable de prendre en charge votre traitement par perfusion ?**

Oui  Non

**Combien de temps vous faut-il pour préparer votre traitement ?**

Moins de 15 min  15 à 30 min  31 à 45 min  46 à 60 min  Plus d'une heure

**Vous lavez-vous les mains avec un savon antiseptique avant de préparer votre traitement ?**

Jamais  Parfois  Souvent  Toujours

**Utilisez-vous un pansement imperméable afin de garder au sec le branchement entre votre cathéter et votre perfusion lorsque vous prenez une douche ou êtes exposés à l'eau ?**

Jamais  Parfois  Souvent  Toujours

**Connaissez-vous la marche à suivre si le branchement de votre cathéter est exposé à de l'eau ?**

Oui  Non

**Quel type de pansement utilisez-vous sur du site d'insertion de votre cathéter ?**

Gaze stérile  Pansement transparent en plastique

**À quelle fréquence changez-vous le pansement du site d'insertion de votre cathéter ?**

Tous les deux jours  Toutes les semaines  Toutes les deux semaines ou plus

**Quel type de cathéter veineux central avez-vous ?**

Hickman  Broviac  Groshong  Autre/Veuillez préciser

**Votre tubulure de perfusion dispose-t-elle déjà d'un filtre ?**

Oui  Non

**Si la réponse est non, y attachez-vous un filtre séparé lorsque vous préparez une nouvelle ligne ?**

Jamais  Parfois  Souvent  Toujours

**Utilisez-vous une embase à septum préfendu pour connecter la tubulure de perfusion à votre cathéter ?**

Jamais  Parfois  Souvent  Toujours

**À quelle fréquence remplacez-vous votre tubulure de perfusion ?**

Toutes les 24 heures  Toutes les 48 heures  Autre/Veuillez préciser

**À quelle fréquence remplacez-vous votre réservoir de perfusion (cassettes ou seringue) ?**

**Quelle est le débit actuel de votre perfusion en millilitres par heure (ml/h) ?**

**Formulaire rempli par (un professionnel de santé uniquement) :**

Nom : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

État : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

**Veuillez renvoyer à :**

**Responsable du département de Pharmacovigilance pour la spécialité Treprostinil TILLOMED**

**Tel: 01 47 04 80 46**

**Fax: 04 73 69 93 15**

**Email: Infomed\_pv@csp-epl.com**

**Nous vous remercions de votre aide !**

**Numéro d'identification du cas:**