

# **Baxter** KARTA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO – ROZTWORY DO DIALIZY OTRZEWNOWEJ

**UWAGA: ZAWSZE NALEŻY PODAWAĆ NUMER SERII ROZTWORÓW DO DIALIZY OTRZEWNOWEJ**

Data otrzymania informacji:.....

Proszę odesłać do: Baxter Polska Sp. z o.o., ul. Kruczkowskiego 8, 00-380 Warszawa, fax: (22) 488 37 70, Tel. (22) 488 37 77,  
Poczta elektroniczna: magdalena\_kempa@baxter.com

## DANE ZGŁASZAJĄCEGO

Nazwisko zgłaszającego: \_\_\_\_\_

Dane kontaktowe zgłaszającego: \_\_\_\_\_

Pracownik personelu medycznego (proszę wskazać):     Lekarz                       Pielęgniarka                       Farmaceuta

Inny (proszę wymienić): \_\_\_\_\_

## INFORMACJA O PACJENCIE

Identyfikacja pacjenta (tylko inicjały): \_\_\_\_\_ Data urodzenia/Wiek: \_\_\_\_\_ Płeć:  Mężczyzna     Kobieta

Wywiad lekarski:

<input type="checkbox"/> Schyłkowa niewydolność nerek	<input type="checkbox"/> Niewydolność serca
<input type="checkbox"/> Nadciśnienie tętnicze (wysokie ciśnienie krwi)	<input type="checkbox"/> Zawał serca (zawał mięśnia sercowego)
<input type="checkbox"/> Cukrzyca	<input type="checkbox"/> Udar mózgu
<input type="checkbox"/> Choroba serca	<input type="checkbox"/> Zapalenie płuc
<input type="checkbox"/> Zapalenie otrzewnej w przeszłości	
Inne (proszę wymienić)	

## INFORMACJA O PRODUKCIE/SCHEMAT DO (dializy otrzewnowej) PROSZĘ PODAĆ NUMERY SERII WSZYSTKICH ZASTOSOWANYCH PRODUKTÓW

Data rozpoczęcia poniższego schematu DO: \_\_\_\_\_ Tryb:  CADO     ADO     Nieznany

Zastosowany roztwór DO	Nr serii	Data rozpoczęcia stosowania tego numeru serii	Czy istnieje podejrzenie, że produkt spowodował zdarzenie?	Czy przerwano stosowanie którychkolwiek roztworów z powodu zapalenia otrzewnej?
			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nieznane
			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nieznane
			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nieznane
			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nieznane
			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nieznane

## INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDARZENIA

Data zdarzenia: \_\_\_\_\_  Jalowe zapalenie otrzewnej     Bakteryjne zapalenie otrzewnej  
 Grzybicze zapalenie otrzewnej     Mętny dializat

Inny rodzaj zdarzenia (proszę wymienić)  
\_\_\_\_\_

Opis zdarzenia(ń): \_\_\_\_\_

Czy opisane zdarzenie to zapalenie otrzewnej: \_\_\_\_\_ Jak była pierwotna przyczyna?

<input type="checkbox"/> Złamanie zasad techniki aseptycznej, proszę wymienić:
<input type="checkbox"/> Brak danych
<input type="checkbox"/> Inna (proszę wymienić):

Czy pacjent był hospitalizowany z powodu zdarzenia?  Tak  Nie Jeśli tak, proszę określić: od: \_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_

Czy u pacjenta nastąpiła znacząca poprawa po odstawieniu roztworu do dializy otrzewnowej?  Tak  Nie  Brak danych

Jeśli tak, proszę wymienić zastosowany roztwór do DO? \_\_\_\_\_

Czy roztwór do DO został ponownie zastosowany?  Tak  Nie  Brak danych Jeśli tak, proszę wymienić zastosowany roztwór do DO? \_\_\_\_\_

Jeśli tak, czy ponownie wystąpiło zapalenie otrzewnej po wznowieniu podawania roztworu do DO?  Tak  Nie  Nie wiadomo

Jak była ciężkość zdarzenia?  łagodne  umiarkowane  ciężkie

Proszę opisać: \_\_\_\_\_

## WYNIK KLINICZNY

<input type="checkbox"/> Wyzdrowienie/ Data wyzdrowienia: _____	<input type="checkbox"/> Trwa nadal i pogorszenie stanu
<input type="checkbox"/> Wyzdrowienie z powikłaniami	<input type="checkbox"/> Zgon
<input type="checkbox"/> Trwa nadal i poprawa stanu	<input type="checkbox"/> Nieznany
<input type="checkbox"/> Trwa nadal bez zmiany stanu	

## BADANIA/DANE LABORATORYJNE JEŚLI WYSTĄPIŁO ZAPALENIE OTRZEWNEJ

Datę pobrania próbki: dd/mm/rok			
Czy próbkę pobrano przed włączeniem antybiotyków?		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Brak danych	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Brak danych
		Jednostka	Jednostka
Liczba leukocytów		komórek/mm <sup>3</sup>	komórek/mm <sup>3</sup>
Neutrofile		%	%
Limfocyty		%	%
Monocyty		%	%
Eozynofile		%	%
Bazofile		%	%

Data pobrania posiewu: \_\_\_\_\_

Wynik posiewu:  brak wzrostu  wzrost, proszę podać rodzaj drobnoustroju: \_\_\_\_\_

Inne odnośne badania laboratoryjne?  Tak (jeśli tak proszę dołączyć)  Nie  Nie wiadomo

### ZASTOSOWANE LECZENIE

Czy pacjent był leczony antybiotykami?  Tak (jeśli tak, proszę wymienić)  Nie  Nie wiadomo

Nazwa zastosowanego leku	Dawka / Jednostka	Częstość	Droga podania	Data / czas rozpoczęcia	Data / czas zakończenia	Wskazanie

Dalsze leczenie?  Tak (jeśli tak, proszę dołączyć)  Nie  Nie wiadomo

### DODATKOWE LECZENIE

Czy Państwa pacjent stosował równolegle jakiegokolwiek leki?  Tak (proszę wymienić)  Nie  Nie wiadomo

Dodatkowe uwagi:

---

---

---

