

Data zgłoszenia:.....

DANE ZGŁASZAJĄCEGO

Nazwisko zgłaszającego: _____

Dane kontaktowe zgłaszającego: _____

 Pracownik personelu medycznego (proszę wskazać): Lekarz Pielęgniarka Farmaceuta Inny (proszę wymienić): _____**INFORMACJA O PACJENCIE**Dane identyfikujące pacjenta (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
Inne (proszę wymienić)	

INFORMACJA O PRODUKCIE/SCHEMAT DO (dializy otrzewnej)
PROSZĘ PODAĆ NUMERY SERII WSZYSTKICH ZASTOSOWANYCH PRODUKTÓWData rozpoczęcia poniższego schematu DO: _____ Tryb: CADO ADO Nieznany

Zastosowany roztwór DO	Nr serii	Data rozpoczęcia stosowania roztworu o tym numerze serii	Czy istnieje podejrzenie, że produkt spowodował reakcję?	Czy przerwano stosowanie któregośkolwiek roztworu z powodu zapalenia otrzewnej?
Dianeal PD1			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nieznane
Dianeal PD4			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nieznane
Nutrineal			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nieznane
Extraneal			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nieznane

INFORMACJE DOTYCZĄCE REAKCJIData reakcji: _____ Jalowe zapalenie otrzewnej Bakteryjne zapalenie otrzewnej
 Grzybicze zapalenie otrzewnej Mętny dializat Inny rodzaj reakcji (proszę wymienić)

Opis reakcji : _____

Czy opisana reakcja to zapalenie otrzewnej: _____ Jaka była pierwotna przyczyna?

Złamanie zasad techniki aseptycznej, proszę wymienić:

Inna (proszę wymienić):

Czy pacjent był hospitalizowany z powodu reakcji? Tak Nie Jeśli tak, proszę określić: od: _____ do: _____

Czy u pacjenta nastąpiła znacząca poprawa po odstawieniu roztworu do dializy otrzewnowej?

Tak Nie Nie wiadomo

Jeśli tak, proszę wymienić zastosowany roztwór do DO? _____

Czy roztwór do DO został ponownie zastosowany? Tak Nie Nie wiadomo

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

Jakie było nasilenie reakcji? łagodna umiarkowana duże nasilenie

Proszę opisać: _____

WYNIK KLINICZNY

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zgon | <input type="checkbox"/> Reakcja utrzymuje się bez zmiany stanu |
| <input type="checkbox"/> Powrót do zdrowia / Data wyzdrowienia: _____ | <input type="checkbox"/> Reakcja utrzymuje się, obserwuje się pogorszenie stanu |
| <input type="checkbox"/> Powrót do zdrowia z powikłaniami | <input type="checkbox"/> Nieznany |
| <input type="checkbox"/> Reakcja utrzymuje się, ale jest obserwowana poprawa | |

BADANIA/DANE LABORATORYJNE JEŚLI WYSTĄPIŁO ZAPALENIE OTRZEWNEJ

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

Data posiewu: _____

Wynik posiewu: brak wzrostu wzrost, proszę podać rodzaj drobnoustroju: _____

Inne badania laboratoryjne, które mogą mieć znaczenie w ocenie przypadku?

Tak (jeśli tak proszę dołączyć) Nie Nie wiadomo Odmowa podania danych

ZASTOSOWANE LECZENIE

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

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

Dalsze leczenie? Tak (jeśli tak, proszę wymienić) Nie Odmowa podania danych

DODATKOWE LECZENIE

Czy Państwa pacjent stosował równoległe jakiegokolwiek leki?

Tak (proszę wymienić) Nie Nie wiadomo Odmowa udzielenia informacji

Dodatkowe uwagi:
