

Baxter	DIVISION OR FUNCTION: PV ECEMEA	DOCUMENT No.: F04CQAP1007	ISSUE DATE: 03 FEB. 2016
		REVISION: A	EFFECTIVE DATE: 03 FEB. 2016
	OWNING GROUP: PV POLAND	DOCUMENT TYPE: LOCAL PROCEDURE	
TITLE: Karta zapalenia otrzewnej/Mętny dializat			PAGE 1 OF 6



Baxter-Nr przypadku (wstępny/uzupełniający):
--

Roztwory do dializy otrzewnowej: Karta zapalenia otrzewnej/Mętny dializat	
Wypełnia Baxter	
Proszę odesłać do	Monika Zych, Lokalna osoba odpowiedzialna za Pharmacovigilance
Adres	e-mail: monika_zych@baxter.com Fax: (22) 488 37 70 lub listownie Baxter Polska Sp z o.o., ul. Kruczkowskiego 8, 00-380 Warszawa
Kraj: Polska	Data otrzymania przez Baxter:

Sekcja 1: Dane osoby zgłaszającej Brak Nie wiadomo Nie podano

Nazwisko/Tytuł		E-mail	
Adres		Telefon/Faks	
<input type="checkbox"/> Lekarz <input type="checkbox"/> Farmaceuta <input type="checkbox"/> Pielęgniarka <input type="checkbox"/> Inna osoba wykonująca zawód medyczny <input type="checkbox"/> Pacjent/inna osoba niewykonywująca zawodu medycznego <input type="checkbox"/> Nie podano <input type="checkbox"/> Nieznany			

Sekcja 2: Informacje o pacjencie Brak Nie wiadomo Nie podano

Inicjały pacjenta	Płeć	Data urodzenia lub wiek	Wzrost (cm)	Masa ciała (kg)
	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Nie podano			

Sekcja 3: Historia medyczna Brak Nie wiadomo Nie podano

Diagnoza	Data wystąpienia	Data zakończenia	Trwa
			<input type="checkbox"/>

Historia medyczna		
<input type="checkbox"/> Schyłkowa niewydolność nerek	<input type="checkbox"/> Niewydolność serca	<input type="checkbox"/> Nadciśnienie (wysokie ciśnienie krwi)
<input type="checkbox"/> Zawał serca (zawał mięśnia sercowego)	<input type="checkbox"/> Cukrzyca	<input type="checkbox"/> Udar
<input type="checkbox"/> Choroba serca	<input type="checkbox"/> Zapalenie płuc	
Inne istotne choroby:	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak, proszę załączyć	
Czynniki ryzyka (alkohol, papierosy, alergie)		

THIS DOCUMENT CONTAINS CONFIDENTIAL AND PROPRIETARY INFORMATION OF BAXTER HEALTHCARE CORPORATION.

THE USER IS RESPONSIBLE FOR VERIFYING THIS DOCUMENT IS CURRENT PRIOR TO EACH USE.

USE OF A SUPERSEDED OR OBSOLETE DOCUMENT IS PROHIBITED.

For Use Only By Affiliates Of Baxter Healthcare Corporation.



DIVISION OR FUNCTION:
PV ECEMEA

DOCUMENT No.:
F04CQAP1007

ISSUE DATE: 03 FEB. 2016

REVISION: A

EFFECTIVE DATE: 03 FEB. 2016

OWNING GROUP: PV POLAND

DOCUMENT TYPE: LOCAL PROCEDURE

TITLE: Karta zapalenia otrzewnej/Mętny dializat

PAGE 2 OF 6

Sekcja 4: Istotne badania laboratoryjne Brak Nie wiadomo Nie podano

Nazwa badania	Data	Wynik	Norma

Czy analizowano dializat otrzewnowy Nie Tak* Nie podano

*Jeśli tak daty pobrania próbek

--	--	--

Czy próbkę podano przed rozpoczęciem leczenia antybiotykami? Tak Nie Tak Nie Tak Nie

		Jednostka		Jednostka		Jednostka
Liczba leukocytów		komórek/mm ³		komórek/mm ³		komórek/mm ³
Neutrofile		%		%		%
Eozynofile		%		%		%
Limfocyty		%		%		%
Monocyty		%		%		%


Wynik barwienia metodą Grama (jeśli wykonano)			
Czy pobrano dializat na posiew?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Jeśli pobrano posiew, jaki był jego wynik?			
<input type="checkbox"/> Nieznany <input type="checkbox"/> Brak wzrostu <input type="checkbox"/> Jałowy			
<input type="checkbox"/> Wzrost bakterii (bez określenia szczepu) <input type="checkbox"/> Wzrost grzybów (bez określenia rodzaju)			
<input type="checkbox"/> Zidentyfikowany drobnoustrój (proszę wskazać):			
<input type="checkbox"/> Staph. aureus <input type="checkbox"/> Staph. epidermidis (epi) <input type="checkbox"/> Staphylococcus („Staph”)			
<input type="checkbox"/> MRSE (metycylinooporny S. epi) <input type="checkbox"/> MRSA (metycylinooporny S. aureus) <input type="checkbox"/> E. coli			
<input type="checkbox"/> Drobnoustroje Gram- ujemne <input type="checkbox"/> Drobnoustroje Gram- dodatnie <input type="checkbox"/> Enterococcus			
<input type="checkbox"/> Klebsiella pneumoniae <input type="checkbox"/> Strep. pneumoniae (‘pneumo’) <input type="checkbox"/> Streptococcus (‘‘Strep.’’)			
<input type="checkbox"/> Inne (proszę wskazać):			
<input type="checkbox"/> Zidentyfikowany grzyb (proszę wskazać):			
<input type="checkbox"/> Candida albicans <input type="checkbox"/> Candida parapsilosis <input type="checkbox"/> Candida (nieznana)			
<input type="checkbox"/> Inne (proszę wskazać):			
Inne istotne dane laboratoryjne			
<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania			

THIS DOCUMENT CONTAINS CONFIDENTIAL AND PROPRIETARY INFORMATION OF BAXTER HEALTHCARE CORPORATION.

THE USER IS RESPONSIBLE FOR VERIFYING THIS DOCUMENT IS CURRENT PRIOR TO EACH USE.

USE OF A SUPERSEDED OR OBSOLETE DOCUMENT IS PROHIBITED.

For Use Only By Affiliates Of Baxter Healthcare Corporation.

	DIVISION OR FUNCTION: PV ECEMEA	DOCUMENT No.: F04CQAP1007	ISSUE DATE: 03 FEB. 2016
		REVISION: A	EFFECTIVE DATE: 03 FEB. 2016
	OWNING GROUP: PV POLAND	DOCUMENT TYPE: LOCAL PROCEDURE	
TITLE: Karta zapalenia otrzewnej/Mętny dializat			PAGE 3 OF 6

Sekcja 5: Informacja o produkcie podejrzanym Brak Nie wiadomo Nie podano

Tryb CADO ADO Nie podano

Nazwa produktu Baxter	Kod	Seria	Wskazanie	Dawka/ Częstość/ Droga podania	Data rozpoczęcia podawania	Data zakończenia podawania lub trwa	Czynności podjęte w stosunku do leku*	Czy produkt uznano za podejrzan y	Czy przerwan o stosowan ie którychko lwiek roztworó w z powodu zapalenia otrzewnej ?
								<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie wiadomo <input type="checkbox"/> Nie podano	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie wiadomo <input type="checkbox"/> Nie podano
								<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie wiadomo <input type="checkbox"/> Nie podano	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie wiadomo <input type="checkbox"/> Nie podano
								<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie wiadomo <input type="checkbox"/> Nie podano	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie wiadomo <input type="checkbox"/> Nie podano
								<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie wiadomo <input type="checkbox"/> Nie podano	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie wiadomo <input type="checkbox"/> Nie podano

*1=Dawka utrzymana, 2=Dawka zwiększona, 3=Dawka zmniejszona, 4=Dawka podana ponownie, 5=Przerwano podawanie leku, 6=Nie dotyczy, 7=Nie podano, 8=Nie wiadomo

Sekcja 6: Leki podawane jednocześnie Brak Nie wiadomo Nie podano

Nazwa handlowa lub substancja czynna	Dawka/Częstość/droga podania	Data rozpoczęcia podawania	Data zakończenia podawania lub trwa	Wskazanie


Inne dodatkowe leczenie Nie Tak (jeśli tak, proszę dołączyć)

THIS DOCUMENT CONTAINS CONFIDENTIAL AND PROPRIETARY INFORMATION OF BAXTER HEALTHCARE CORPORATION.

THE USER IS RESPONSIBLE FOR VERIFYING THIS DOCUMENT IS CURRENT PRIOR TO EACH USE.

USE OF A SUPERSEDED OR OBSOLETE DOCUMENT IS PROHIBITED.

For Use Only By Affiliates Of Baxter Healthcare Corporation.

	DIVISION OR FUNCTION: PV ECEMEA	DOCUMENT No.: F04CQAP1007	ISSUE DATE: 03 FEB. 2016
		REVISION: A	EFFECTIVE DATE: 03 FEB. 2016
	OWNING GROUP: PV POLAND	DOCUMENT TYPE: LOCAL PROCEDURE	
TITLE: Karta zapalenia otrzewnej/Mętny dializat			PAGE 4 OF 6

Sekcja 7: Informacja dotycząca zapalenia otrzewnej/mętnego dializatu

Data diagnozy	Objawy kliniczne/opis zdarzenia

Zapalenie otrzewnej	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak; jeśli Tak jaki rodzaj (proszę wybrać jeden):
<input type="checkbox"/> Jałowe zapalenie otrzewnej	<input type="checkbox"/> Eozynofilowe zapalenie otrzewnej	<input type="checkbox"/> Bakteryjne zapalenie otrzewnej
<input type="checkbox"/> Grzybicze zapalenie otrzewnej	<input type="checkbox"/> Mętny dializat bez jednoznacznego rozpoznania zapalenia otrzewnej	
<input type="checkbox"/> Inny typ zapalenia otrzewnej, proszę sprecyzować:		

W Pani/Pana opinii, co było przyczyną zapalenia otrzewnej?		
<input type="checkbox"/> Nieznana	<input type="checkbox"/> Złamanie zasad techniki aseptycznej	<input type="checkbox"/> Ponowne użycie sprzętu
<input type="checkbox"/> Nie zastosowano maski	<input type="checkbox"/> Nie oczyszczono okolicy przed rozpoczęciem dializy	
<input type="checkbox"/> Inna, proszę sprecyzować:		

Czy zapalenie otrzewnej/mętny dializat uznano za zdarzenie ciężkie?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak	
Jeśli Tak proszę sprecyzować powód:			
<input type="checkbox"/> Hospitalizacja	Od:	Do:	
<input type="checkbox"/> Medycznie znaczące	<input type="checkbox"/> Zagrożające życiu	<input type="checkbox"/> Wada wrodzona	<input type="checkbox"/> Upośledzenie
<input type="checkbox"/> Śmierć	Data zgonu:	Przyczyna:	
Wykonano sekcję zwłok?		<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	
Jeśli Tak czy dostępny raport z autopsji?		<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	

Czy zapalenie otrzewnej/mętny dializat było związane z roztworami Baxter stosowanymi do dializy otrzewnowej?		
<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie wiadomo


Czy pacjent wyzdrowiał:			
<input type="checkbox"/> Wyzdrowiał	Data:	<input type="checkbox"/> Wyzdrowiał z następstwami	<input type="checkbox"/> W trakcie leczenia
<input type="checkbox"/> Śmierć	<input type="checkbox"/> Brak wyzdrowienia	<input type="checkbox"/> Nieznany	<input type="checkbox"/> Nie podano

THIS DOCUMENT CONTAINS CONFIDENTIAL AND PROPRIETARY INFORMATION OF BAXTER HEALTHCARE CORPORATION.

THE USER IS RESPONSIBLE FOR VERIFYING THIS DOCUMENT IS CURRENT PRIOR TO EACH USE.

USE OF A SUPERSEDED OR OBSOLETE DOCUMENT IS PROHIBITED.

For Use Only By Affiliates Of Baxter Healthcare Corporation.

	DIVISION OR FUNCTION: PV ECHEMA	DOCUMENT No.: F04CQAP1007	ISSUE DATE: 03 FEB. 2016
		REVISION: A	EFFECTIVE DATE: 03 FEB. 2016
	OWNING GROUP: PV POLAND	DOCUMENT TYPE: LOCAL PROCEDURE	
TITLE: Karta zapalenia otrzewnej/Mętny dializat			PAGE 5 OF 6

Sekcja 8: Leczenie zdarzenia
 Brak

 Nie wiadomo

 Nie podano

Czy pacjent był leczony antybiotykami?
<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak, proszę podać w tabeli poniżej <input type="checkbox"/> Nie wiadomo

Nazwa leku/Nazwa terapii	Dawka/Częstość/droga podania (jeśli dotyczy)	Data rozpoczęcia podawania	Data zakończenia podawania lub trwa	Wskazanie

Dodatkowe informacje/komentarze:
Formularz wypełniony przez:
Data wypełnienia formularza:

THIS DOCUMENT CONTAINS CONFIDENTIAL AND PROPRIETARY INFORMATION OF BAXTER HEALTHCARE CORPORATION.

THE USER IS RESPONSIBLE FOR VERIFYING THIS DOCUMENT IS CURRENT PRIOR TO EACH USE.

USE OF A SUPERSEDED OR OBSOLETE DOCUMENT IS PROHIBITED.

For Use Only By Affiliates Of **Baxter Healthcare Corporation.**