

S.V.P. ALLE BATCH NUMMERS VAN GEBRUIKTE PRODUCTEN TE VERMELDEN**MELDER INFORMATIE**

Naam: _____ Datum _____

Contact gegevens: _____

- Zorgverlener (graag toelichting): _____
- Arts
 Verpleegkundige
 Apotheker
- Anders (graag toelichting) : _____

PATIENT INFORMATIEInitialen (Voornaam/Naam): _____ Geboortedatum/leeftijd: _____ Geslacht: M V **Medische voorgeschiedenis:**

<input type="checkbox"/> Chronische nierinsufficiëntie	<input type="checkbox"/> Hartfalen
<input type="checkbox"/> Hypertensie (hoge bloeddruk)	<input type="checkbox"/> Hartaanval (Myocard infarct)
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Beroerte
<input type="checkbox"/> Hartaandoening	<input type="checkbox"/> Pneumonie
<input type="checkbox"/> Eerdere episode van peritonitis	
Anders (graag toelichting): _____	

PRODUKT INFORMATIE / PD PROTOCOL-**GRAAG ALLE BATCH NUMMERS VAN GEBRUIKTE PRODUCTEN TE GEVEN**Begindatum van dit PD protocol: _____ Type: CAPD APD Onbekend

Gebruikte PD vloeistof	Gebruikt Batch nummer	Begindatum gebruik dit batchnummer	Verdenkt u deze Vloeistof als oorzaak van de bijwerking?	Werd de toediening gestaakt i.v.m. de peritonitis?
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Onbekend
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Onbekend
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Onbekend
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Onbekend
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Onbekend

BIJWERKING

Datum: _____

Type: Steriele peritonitis Bacteriële peritonitis Fungale peritonitis Troebel dialysaat
 Anders (graag toelichting): _____Beschrijving bijwerking: _____

Indien er sprake was van een peritonitis, wat was de oorzaak?

<input type="checkbox"/> Problemen met de aseptische techniek, graag toelichten :
<input type="checkbox"/> Onbekend
<input type="checkbox"/> Anders (graag toelichting) :

Is de patiënt opgenomen in het ziekenhuis voor deze bijwerking ? Ja Neen

Indien ja, graag periode aangeven: van ____ / ____ / ____ tot ____ / ____ / ____

Verbeterde de toestand van de patient nadat de PD vloeistof gestaakt werd ? Ja Neen Onbekend

Zoja, van welke vloeistof? _____

Werd de PD vloeistof hierna opnieuw toegediend ? Ja Neen Onbekend

Indien ja, welke vloeistof? _____

Indien ja, trad de peritonitis opnieuw op? Ja Neen OnbekendErnst van de bijwerking? Licht Matig ErnstigNadere toelichting: _____

_____**EVOLUTIE**

<input type="checkbox"/> Overlijden	<input type="checkbox"/> Geen verbetering
<input type="checkbox"/> Genezen, datum:	<input type="checkbox"/> Verslechtering
<input type="checkbox"/> Genezen met restverschijnselen	<input type="checkbox"/> Onbekend
<input type="checkbox"/> Verbetering	

LABORATORIUM GEGEVENS IN GEVAL VAN PERITONITIS

Datum staalname: (dd-mnd-jaar)		
staalname voor start antibiotica behandeling?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Onbekend	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Onbekend
	Eenheid	Eenheid
Leucocyten telling	cells/mm ³	cells/mm ³
Neutrofielen	%	%
Lymfocyten	%	%
Monocyten	%	%
Eosinofielen	%	%
Basofielen	%	%

Datum kweekcultuur ? _____

Resultaat van de kweekcultuur: Geen groei Positieve kweek, organisme: _____Andere relevante lab resultaten? Ja (s.v.p. in bijlage toe te voegen) Neen Onbekend**BEHANDELING VAN DE BIJWERKING**Werd de patient behandeld met antibiotica ? Ja (graag toelichten) Neen Onbekend

Geneesmiddel	Dosering	Aantal innamen	Toedienings snelheid	Begindatum toediening	Einddatum toediening	Indicatie

Andere behandelingen? Ja (s.v.p. in bijlage toe te voegen) Neen Onbekend**ANDERE MEDICATIE**

Nam de patient andere medicatie op het moment van de bijwerking?

 Ja (s.v.p. in bijlage toe te voegen) Neen Onbekend
 Commentaar: _____

Datum**Handtekening****Stempel of Naam**