

Bitte zurückfaxen an: 040/ 79 14 36 01



## UMFRAGE ÜBER DIE HERSTELLUNG UND ZUBEREITUNG VON ZYTOSTATIKA

Datum:

1. Identifizierung der Einrichtung	
Einrichtung:	ggf. Bettenzahl:
Anzahl der Abteilungen:	ggf. Anzahl der onkologischen Betten:
Anzahl der onkologischen Abteilungen:	Anzahl der Mitarbeiter Ihrer Abteilung:
Anzahl onkologischer Ambulanzen im Krankenhaus:	Anzahl betreuter onkologischer Praxen:

2. Tätigkeitsbewertung		
Die fünf am häufigsten zubereiteten Zytostatika: Wenn möglich chemische Bezeichnung oder Produktname	<i>Handelt es sich um (bitte ankreuzen):</i>	
	Multidosisampullen ↓	Einzeldosisampullen ↓
☉ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☉ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☉ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☉ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☉ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wer stellt die Zytostatika her?		
Wer stellt die Zytostatika her?		
Apotheker <input type="checkbox"/>	Arzt <input type="checkbox"/>	Pflegepersonal <input type="checkbox"/> PTA <input type="checkbox"/>
Das herstellende Personal wird unterwiesen		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Das herstellende Personal erhält arbeitsmedizinische Vorsorge		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Arbeiten Sie nach standardisierten Vorschriften?		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, auf welcher Grundlage sind diese erstellt?		
☉ allg. Fachliteratur <input type="checkbox"/>		
☉ QuapoS <input type="checkbox"/>		
☉ sonstige <input type="checkbox"/>		

4. Räume und Ausstattung	
Wie werden die Zytostatika hergestellt?	
an einem bestimmten Platz <input type="checkbox"/>	im Schwesternzimmer <input type="checkbox"/>
am Patientenbett <input type="checkbox"/>	im Medikamentenraum der Station (oder andere) <input type="checkbox"/>
in einem speziell für diese Arbeit reservierten und ausgestatteten Raum <input type="checkbox"/>	
In der öffentlichen Apotheke <input type="checkbox"/> In der Krankenhausapotheke <input type="checkbox"/>	
Ist dieser Raum oder Platz mit einem Laminarflow-Abzug ausgestattet?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, um welchen Typ von Laminarflow-Abzug handelt es sich:	
Klasse II nach DIN 12950, Teil 10	<input type="checkbox"/>
Klasse GS-GES-04	<input type="checkbox"/>
Abzug mit horizontalem Luftstrom	<input type="checkbox"/>
Isolator	<input type="checkbox"/>
Typ H nach DIN 12980	<input type="checkbox"/>
Typ V1 nach DIN 12980	<input type="checkbox"/>
Typ V2 nach DIN 12980	<input type="checkbox"/>
Wird o.g. Laminarflow-Abzug routinemäßig jährlich überprüft?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Beträgt die freie Bewegungsfläche am Arbeitsplatz (LAF) mindestens 1,5 m <sup>2</sup> und ist sie an keiner Stelle weniger als 1m breit?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wird die Abluft aus der Werkbank bzw. dem Herstellungsraum über eine entkoppelte/geschlossene Fortluftanlage aus dem Raum geführt bzw. nach dem „anerkannten“ Verfahren zurückgeführt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ist in der Zuluft ein Anteil von mindestens 40 m <sup>3</sup> Frischluft (Außenluft) pro Person und Stunde enthalten?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Nur bei <u>Umluft</u> betrieb der Werkbank	
1. beträgt die Größe des Herstellungsraumes mindestens 10 m <sup>2</sup> , die Raumhöhe mindestens 2,50 m	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
2. werden im Herstellungsraum die Minimalabstände von 1,2m vor und 0,3 m seitlich der Werkbank eingehalten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

5. Schutzkleidung	
Welche individuelle Schutzkleidung trägt das Personal am Herstellungsort?	
↻ Einmalbekleidung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
↻ Mehrfachbekleidung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
↻ Haube	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
↻ Schutzbrille mit Seitenschutz	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
↻ Armstulpen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
↻ Mundschutz	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
↻ Bereichseigene Schuhe	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
↻ Handschuhe	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wie viel Paare: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

<b>6. Für die Herstellung benutzte Hilfsmittel:</b>			
Glasspritze <input type="checkbox"/>	Plastikspritze <input type="checkbox"/>	mit Luer-Look <input type="checkbox"/>	mit Kolbensperre <input type="checkbox"/>
3-teilige Spritze <input type="checkbox"/>	mit Lösungsmittel vorgefüllte Spritze <input type="checkbox"/>		
Chemospikes mit hydrophoben Belüftungsfiter und Flüssigkeitsfilter <input type="checkbox"/>			
Chemospikes mit hydrophoben Belüftungsfiter ohne Flüssigkeitsfilter <input type="checkbox"/>			
Nadel ohne Filter (Belüftungskanüle) <input type="checkbox"/>		Kein Belüftungssystem <input type="checkbox"/>	
Sterile Kompressen /Tupfer?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
bei allen Substanzenentnahmen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
bei allen Umspritzungen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
grundsätzlich beim Entlüften	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Der Transport der applikationsfertigen Zytostatika zur Station erfolgt in einem:			
bruchsicheren, flüssigkeitsdichten und verschlossenen Behältnis	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
bruchsicheren, flüssigkeitsdichten Behältnis	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
anderen Behältnis .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ein Infusionsbesteck mit dem Zytostatikum geliefert wird, befüllen Sie das Infusionsbesteck dann mit:			
Kochsalzlösung <input type="checkbox"/>	Trägerlösung <input type="checkbox"/>	Zytostatikalösung <input type="checkbox"/>	
Wer befüllt?	die Person, die das Zytostatikum zubereitet	<input type="checkbox"/>	
	Krankenschwester am Patientenbett	<input type="checkbox"/>	
Etikettieren Sie das fertige Produkt?		Ja	<input type="checkbox"/>
		Nein	<input type="checkbox"/>
Benutzen Sie ein Symbol (Warnhinweisetikett), um die Aufmerksamkeit auf die Gefährlichkeit der Zytostatika zu lenken?		Ja	<input type="checkbox"/>
		Nein	<input type="checkbox"/>

<b>7. Paravasate-Set</b>			
Gibt es ein Paravasate-Set?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ist die Apotheke an der „Betreuung“ des Paravasate-Sets beteiligt?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Werden entsprechende Zwischenfälle in der Apotheke dokumentiert?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

<b>8. Entsorgung überwachungsbedürftiger Abfälle und Lagerung von Z.-Resten:</b>			
Als Sammelbehältnis für Zytostatika-Abfall wird benutzt			
Transportbehältnis in Kombination mit einem Gerät zum automatischen Einschweißen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Transportbehältnis allein	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
anderes Behältnis .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bei der Verwendung von Resten der Zytostatikalösung werden			
Kanülen/Spikes belassen und mit Stopfen, Deckel, etc. verschlossen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Kanülen/Spikes herausgezogen und bei Wiederverwendung ersetzt	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
andere: .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Befolgen Sie nach Verabreichung der Zytostatika an den Patienten eine Prozedur zur Entsorgung von Zytostatika-Abfällen?		Ja	<input type="checkbox"/>
		Nein	<input type="checkbox"/>

<b>9. Unfälle und Zwischenfälle bei der Herstellung</b>	
Welche Unfälle/Zwischenfälle treten am häufigsten auf? (Mehrfachnennung möglich)	
Verschütten von Zytostatikallösung	<input type="checkbox"/>
Stichverletzungen beim Personal	<input type="checkbox"/>
Undichte Beutel/Stopfen	<input type="checkbox"/>
Zerbrechen von Arzneibehältnissen	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>
Gibt es bei Unfällen zu beachtende Prozeduren?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es ein Dekontaminations-Set?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Werden o.g. Zwischenfälle dokumentiert?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

<b>10. Verabreichung der Zytostatika an den Patienten:</b>	
Empfehlen Sie dem Pflegepersonal, vor der Verabreichung des Chemotherapeutikums den Katheter mit einer physiologischen Kochsalzlösung auszuspülen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wenn ein ZVK appliziert ist, empfehlen Sie dem Pflegepersonal eine Ausspülung mit physiologischer Kochsalzlösung nach einer intravenösen Injektion oder Infusion der Chemotherapeutika?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

<b>11. Dosisanpassung</b>	
Werden Verfahren zur Dosisanpassung entsprechend den individuellen Patienten-Parametern durchgeführt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Werden Probedosen zur Auswertung der pharmakokinetischen Parameter des Patienten entnommen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

<b>12. Ambulante Pflege</b>	
Arbeiten Sie mit einer Einrichtung zur ambulanten Pflege zusammen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, handelt es sich um eine Einrichtung der	
Häuslichen Krankenpflege	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Palliativmedizin	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hospizbewegung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie dort einen Ansprechpartner?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

<b>13. Qualitätsmanagementsystem</b>	
Haben Sie in Ihrer Apotheke ein QMS implementiert?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, handelt es sich dabei um die	
Zertifizierung der Zytostatika-Herstellung nach QuapoS (DGOP)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Kammereigene Zertifizierung inkl. Zytostatika-Herstellung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Zertifizierung durch externe Anbieter inkl. Zytostatika-Herstellung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, planen Sie ein QMS für Ihre Apotheke?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

<b>14. Zusammenarbeit mit den onkologisch therapierenden Einrichtungen</b>	
Sind medizinische und/oder pflegerische Prozesse in der Onkologie in der von Ihnen versorgten Einrichtung im Detail beschrieben?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Sind Apotheker oder andere Mitarbeiter der Apotheke bei der Erarbeitung o.g. Prozesse integriert?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Sind Apotheker in die Pharmazeutische Betreuung onkologischer Patienten bzw. in das onkologische Team integriert?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

**15. Ihre Empfehlungen zur Verbesserung der Sicherheit von Personen, die Zytostatika / CMR-Arzneimittel zubereiten:**

**16. Welche Instanzen / Personen erscheinen Ihnen persönlich wichtig bei der Weiterentwicklung von Qualitätsstandards und Arbeitsschutzanweisungen in der Zytostatika-Herstellung?**

