



## UMFRAGE ÜBER DIE HERSTELLUNG UND ZUBEREITUNG VON ZYTOSTATIKA

Datum:

1. Identifizierung der Einrichtung	
Einrichtung:	ggf. Bettenanzahl:
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		
5 am häufigsten zubereitete Zytostatika: Wenn möglich chemische Bezeichnung oder Produktname	Handelt es sich um (bitte ankreuzen):	
	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"/>		

Wie viele Personen stellen her? .....		
Wie viele Herstellungen pro Jahr?	Unter 2000	<input type="checkbox"/>
	2000 – 5000	<input type="checkbox"/>
	5000 – 10000	<input type="checkbox"/>
	über 10000	<input type="checkbox"/>
Führen Sie eine schriftliche Herstellungsdocumentation durch?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Führen Sie eine Herstellungsdocumentation mittels EDV durch?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
nähere Angaben/Software:.....		

<b>4. Räume und Ausstattung</b>		
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 1x 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"/>
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"/>

<b>5. Schutzkleidung</b>		
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 Substanzentnahmen		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 (Warnhinweistikett), 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"/>



