Медична карта застосування пристрою центрального судинного доступу

Введення пристрою центрального судинного доступу

|  |  |
| --- | --- |
| Дата введення |  |
| Час введення |  |
| Поінформована згода від пацієнта  | Так | Ні |
| Номер інвазивного пристрою  |  |
| Клінічні умови або відділення, де ввели пристрій[[1]](#footnote-1)\* |  |
| Тип пристрою | Діалізний | Тунельований | Нетунельований |
| Імплантований | Неімплантований | Встановлений периферично центральний  |
| Інший |
| Різновид присторю: розмір, калібр голки |  |
| Кількість просвітів | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Інформація про пристрій: назва та номер партії |  |
| Введення пристрою | Вперше | Повторно |
| Причина заміни присторю | Планово | Позапланово |
| Судина | Яремна | Порожниста | Підключична |
| Стегнова | Інша |
| Частина тіла | Права | Ліва |
| Використання провідника | Так | Ні |
| Причина використання | Новий доступ | Несправність |
| Планова заміна | Аварійна заміна |
| Дата, коли запланована заміна катетера |  |
| Проведення асептичних процедур під час введення пристрою судинного доступу | Так | Ні |
| Дезінфекція шкіри в ділянці ведення катетера  | 70%-вим розчином спирту | 2%-вим розчином хлоргексидину |
| Перев’язувальний матеріал: стерильний, напівпроникний, із хлоргекседином |  |
| Катетер-асоційована інфекція кровотоку | Не встановлено | Встановлено (дата) |
| Дата посіву крові |  |
| Збудники |  |
| Дата посіву спинномозкової рідини  |  |
| Збудники |  |
| Дата посів катетера |  |
| Збудники |  |
| ПІБ лікаря |  | Підпис |  |
| ПІБ медичної сестри |  | Підпис |  |

Пристрій центрального судинного доступу. Безперервний контроль

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| День | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Наступний після зняття |
| Дата |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Щоденний огляд | ТАК | НІ | ТАК | НІ | ТАК | НІ | ТАК | НІ | ТАК | НІ | ТАК | НІ | ТАК | НІ | ТАК | НІ |
| Дотримання гігієни рук та наявність засобів індивідуального захисту | ТАК | НІ | ТАК | НІ | ТАК | НІ | ТАК | НІ | ТАК | НІ | ТАК | НІ | ТАК | НІ | ТАК | НІ |
| Заміна пов’язки: назва застосованого перев’язувального матеріалу |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Використання антимікробної мазі | ТАК | НІ | ТАК | НІ | ТАК | НІ | ТАК | НІ | ТАК | НІ | ТАК | НІ | ТАК | НІ | ТАК | НІ |
| Порти, втулки пристрою дезінфіковано 2%-вим розчином хлоргексидину або 70%-вим розчином спирту (потрібне підкреслити) | ТАК | НІ | ТАК | НІ | ТАК | НІ | ТАК | НІ | ТАК | НІ | ТАК | НІ | ТАК | НІ | ТАК | НІ |
| Необхідність подальшого використання катетера | ТАК | НІ | ТАК | НІ | ТАК | НІ | ТАК | НІ | ТАК | НІ | ТАК | НІ | ТАК | НІ | ТАК | НІ |
| Ступінь запалення (потрібне підкреслити) | 0 1 2 3 4  | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 | 0 1 2 3 4 |
| Вилучення пристою |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Причина вилучення пристрою: планово/позапланово |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Примітки |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ПІБ медичної сестри |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Підпис  |  |  |  |  |  |  |  |  |

СТУПІНЬ ЗАПАЛЕННЯ

|  |  |
| --- | --- |
| 0 | Болю та симптомів немає  |
| 1 | Біль/почервоніння в місці введення пристрою |
| 2 | Біль, набряк, почервоніння, гнійні виділення в місці введення пристрою |
| 3 | Біль, набряк, почервоніння, гнійні виділення в місці введення пристрою, некроз тканин навколо пристрою |
| 4 | Біль, набряк, почервоніння, некроз тканин навколо пристрою, гнійні виділення з пристрою |

1. \* Наприклад: «операційне відділення — операційна № 2» або «хірургічне відділення — палата». [↑](#footnote-ref-1)