KARTA CEWNIKA CENTRALNEGO

1. Pacjent: ..... Oddział macierzysty .....

2. Cewnik został założony dnia: ..... , godz. ..... do (zaznacz kółkiem)

   P/L żyły szyjnej wewnętrznej
   P/L żyły szyjnej zewnętrznej
   P/L żyły podobojczykowej

3. Co 24 godziny należy zmieniać opatrunek w miejscu wkłucia cewnika
   - wszelkie ślady krwi należy usunąć używając Oktaniseptu
   - miejsce wkłucia należy przemyć trzykrotnie bezbarwnym Kodanem (nie używać roztworu jodyny), po trzecim przemyciu poczekać do wyschnięcia skóry, a następnie przykleić specjalistyczny opatrunek
   - sprawdzać stan szwów mocujących cewnik do skóry, czy nie wymagają wymiany

4. Opieka nad założonym cewnikiem:
   - wszelkie czynności przy cewniku wykonujemy w czystych rękawiczkach po uprzednim umyciu i dezynfekcji rąk
   - okolicę, w której jest założony cewnik utrzymujemy w szczególnej czystości
   - w trakcie podawania leków, podłączania wlewów, zwracamy szczególną uwagę, aby nie doszło do zaaspirowania lub podania powietrza do cewnika
   - po każdym podaniu leku, cewnik należy przepłukać 5 ml 0,9 NaCl
   - przez cewnik musi być utrzymany ciągły przepływ płynów infuzyjnych
   - pilnować wlewów kroplowych, sytuacja w której niezauważenie kończy się kroplówka i nie jest zmieniona na nowa, kończy się zatkaniem cewnika wskutek powstania zakrzepu w jego dystalnym końcu
   - 1 raz na 24 godziny należy zmieniać na nowe wszystkie kraniki, przyłącza, przewody od wlewów kroplowych, przedłużacze od pomp infuzyjnych itp.

5. Nie zaleca się wypisywanie pacjenta z założonym cewnikiem do domu.

6. Powyższą procedurę muszą znać wszystkie osoby, które będą opiekowały się cewnikiem.

7. Przy przekazaniu pacjenta z założonym cewnikiem na inny oddział powyższą Kartę przekazujemy wraz z pacjentem personelowi odpowiedzialnemu za opiekę nad cewnikiem. Osoba odbierająca składa podpis na dole karty.

8. W razie jakichkolwiek wątpliwości dot. pielęgnacji cewnika - kontakt z dyżurnym anestezjologiem.

9. Karta cewnika jest częścią dokumentacji szpitalnej pacjenta.

Procedurę przeczytałem i zrozumiałem

..... (Imię i nazwisko)

Druk: tel. 61 819 44 64(65), fax 852 38 45 MED Obw 030