

Kontrolní list pro zavedení PICC a midline

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Dostupné laboratorní hodnoty	☐ INR	☐ Quick(PT)	☐ aPTT	☐ Hb/hematokrit	☐ trombocyty
	☐ urea v séru/kreatinin		☐ jiné		

Typ výkonu	☐ elektivní	☐ emergentní		
Typ katétru	☐ PICC	☐ midline		
Lokalizace	☐ v. basilica	☐ v. cephalica	☐ v. brachialis	☐ jiná

Příprava před výkonem		
☐ ano	☐ ne	Žádanka na zavedení katétru
☐ ano	☐ ne	Žádanka na RTG srdce a plíce při zavedení PICC
☐ ano	☐ ne	Podepsán IS pacienta (zák. zástupce) se zavedením PICC katétru do centrální žíly č. Fm-L009-001-PICC-001
☐ ano	☐ ne	Pozitivní alergologická anamnéza pacienta na níže uvedené: ☐ mesocain ☐ heparin ☐ alkohol. dezinfekce ☐ chlorhexidin ☐ latex ☐ náplast
☐ ano	☐ ne	Ověřena technická způsobilost ☐ ultrazvuku ☐ monitoru ☐ EKG navigace
☐ ano	☐ ne	Pomůcky k výkonu vč. mesocainu a FR jsou připraveny
☐ ano	☐ ne	Provedena identifikace pacienta
☐ ano	☐ ne	Seznámení pacienta s výkonem a uložení do vhodné polohy

Provedení výkonu		
☐ ano	☐ ne	Posouzení a lokalizace vhodného místa vpichu ultrazvukem
☐ ano	☐ ne	Mytí rukou před zahájením procesu zavádění
☐ ano	☐ ne	Zavádějíci: použil obličejovou roušku a čepici, sterilní chirurgický plášť a sterilní rukavice
☐ ano	☐ ne	Asistující: použil ochranný oděv včetně obličejové roušky, čepice a nesterilních rukavic
☐ ano	☐ ne	Široká dezinfekce místa vpichu, která se nechá působit do jejího zaschnutí
☐ ano	☐ ne	Sterilní celotělové zarouškování, zajištění sterilního pole
☐ ano	☐ ne	Zavádění proběhlo pod ultrazvukovou kontrolou s použitím sterilního obalu sondy
☐ ano	☐ ne	Zavádění proběhlo s EKG navigací ke kontrole polohy špičky katétru
☐ ano	☐ ne	Místo vpichu nekrvácí, znovu provedena široká dezinfekce místa vpichu, která se nechá působit do jejího zaschnutí
☐ ano	☐ ne	Fixací sterilním bezpečnostním krytím, následně sterilní gázou a transparentním krytím
☐ ano	☐ ne	Popis na krytí: datum a čas zavedení, podpis zavádějícího, obvod paže, externí délka katétru

Po výkonu		
☐ ano	☐ ne	Kontrola polohy špičky katétru RTG vyšetřením
☐ ano	☐ ne	Edukace pacienta (zákonného zástupce) o prevenci infekce ve spojení s katétrem, předán průkaz nositele PICC katétru

Datum	Jmenovka a podpis zavádějícího zdravotnického pracovníka
Datum	Jmenovka a podpis asistujícího zdravotnického pracovníka