



MOCLI60797

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

SOINS DE CATHETER VEINEUX CENTRAL - SOINS INFIRMIERS HORS HOSPITALIER

CATHETER	☐ Port-A-Cath (PAC)	• Présence de valve : ☐ Oui ☐ Non	• Emplacement :
	☐ PICCLine	• Nombre de voies : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ Thorax
	☐ Tunellisé (Broviac, Hickman)	• Date d'installation : _____ aaaa/mm/jj	☐ Bras droit
	☐ Autre : _____		☐ Bras gauche
	Mesure initiale de la partie externe du cathéter : _____ cm ☐ S/O		
	Allergie(s) : _____		
	Particularité(s) : _____		Initiales : _____

DATE	Année : _____ aaaa/mm/jj	Date (mm/jj) Heure (hh:mm)							
SITE	État du site								
	I : Intact R : Rougeur O : Œdème D : Douleur E : Écoulement								
	Mesure partie externe du cathéter en cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm
IRRIGATION / PERMÉABILITÉ	☐ Port-A-Cath (PAC) Indiquer le calibre de l'aiguille à pointe non perforante utilisée : _____								
	Retour Veineux : O : Oui N: Non/absent								
	Fréquence ☐ DIE ☐ q 7 jours : L M M J V S D ☐ q 4 semaines ☐ Autre : _____								
	Rinçage NaCl 0.9% pré traitement ☐ 10 mL ☐ _____ mL (avec turbulence)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Rinçage NaCl 0.9% post traitement ☐ 10 mL ☐ _____ mL (avec turbulence) + (avec pression + si Ø valve)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ Héparinisation (selon ordonnance) Héparine _____ u/mL : _____ mL	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PANSEMENT	Solution désinfectante ☐ Chlorexidine 2% et alcool 70% ☐ Autre : _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ Protecteur cutané (Cavillon)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Pansement : ☐ q 7 jours ☐ Autre : _____ ☐ Tegaderm IV Advanced (fixation intégrée) ☐ Autre : _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Fixation : ☐ StatLock ☐ Autre : _____								
BOUCHON RALLONGE	Bouchon/connecteur : ☐ q 96h ☐ q 7 jours L M M J V S D	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Rallonge : ☐ q 96h L M M J V S D	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ Chimiothérapie : Fréquence : _____ Retrait d'infuseur 5Fu et irrigation NaCl 0,9% : _____ mL	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Voir note au dossier	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Initiales								

Nom, prénom :

#Dossier :

DATE	Année : <u>aaaa/mm/jj</u>	Date (mm/jj)						
		Heure (hh:mm)						
SITE	État du site							
	I : Intact D : Douleur	R : Rougeur E : Écoulement						
IRRIGATION / PERMEABILITÉ	Mesure partie externe du cathéter en cm		cm	cm	cm	cm	cm	cm
	☐ Port-A-Cath (PAC) Indiquer le calibre de l'aiguille à pointe non perforante utilisée :							
	Retour Veineux : ☐ Oui ☐ Non/absent							
	Fréquence							
	☐ DIE ☐ q 7 jours : L M M J V S D ☐ q 4 semaines ☐ Autre : _____							
	Rinçage NaCl 0.9% pré traitement		☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ 10 mL ☐ _____ mL (avec turbulence)							
	Rinçage NaCl 0.9% post traitement		☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ 10 mL ☐ _____ mL (avec turbulence) + (avec pression + si Ø valve)							
	☐ Héparinisation (selon ordonnance) Héparine _____ u/mL : _____ mL		☐	☐	☐	☐	☐	☐
PANSEMENT	Solution désinfectante		☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ Chlorexidine 2% et alcool 70%							
	☐ Autre : _____							
	☐ Protecteur cutané (Cavillon)		☐	☐	☐	☐	☐	☐
BOUCHON RALLONGE	Pansement : ☐ q 7 jours ☐ Autre : _____		☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ Tegaderm IV Advanced (fixation intégrée)							
	☐ Autre : _____							
	Fixation : ☐ StatLock ☐ Autre : _____							
BOUCHON RALLONGE	Bouchon/connecteur :		☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ q 96h ☐ q 7 jours L M M J V S D							
BOUCHON RALLONGE	Rallonge : ☐ q 96h L M M J V S D		☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ Chimiothérapie : Fréquence : _____		☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Retrait d'infuseur 5Fu et irrigation NaCl 0,9% : _____ mL							
	Voir note au dossier		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Initiales								

SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES