

Grille d'audit Pertinence de maintien des cathéters centraux et périphériques

Nom de l'établissement :

Initiales auditeur :

Numéro de saisie |__|__|__|

Nom du service :

Date audit : |__|__|__|

Spécialités :

- Médecine Chirurgie
Gynéco Obst Réa-SISC
Pédiatrie SSR
SLD Psy
EHPAD Autres

Etiquette patient

1. Données cathéter

Central

- Site d'insertion : Fémoral
Jugulaire
Sous-clavier

Central à insertion périphérique (PICC)

Périphérique

- Midline
CVP

Date de début mise en place du cathétérisme : |__|__|__|

Non retrouvée

Date du dernier changement du cathéter : |__|__|__|

Non retrouvée

2. Traçabilité de la surveillance clinique du cathéter

- La traçabilité de la surveillance clinique : est effective lors de chaque changement d'équipe
est effective au quotidien
n'est pas réalisée au quotidien

Type de traçabilité : Informatique
Dossier papier

Contenu : Case « surveillance » cochée sans détail
Détail de la surveillance noté

3. Référentiel des indications du maintien du cathéter (plusieurs réponses possibles)

Justification clinique		
Voie orale impossible		
	Nausées et/ou vomissements	<input type="checkbox"/>
	Troubles de la déglutition	<input type="checkbox"/>
	Troubles de la conscience ou troubles cognitifs	<input type="checkbox"/>
	Patient à jeun	<input type="checkbox"/>
Instabilité hémodynamique et/ou métabolique ou postop immédiat (24 à 48h)		<input type="checkbox"/>
Réalisation de bilan sanguin multi-prélèvements		<input type="checkbox"/>
Justification médicamenteuse		
Produits administrables uniquement par voie parentérale		
	Antibiotique : lequel(s).....	<input type="checkbox"/>
	Anticancéreux	<input type="checkbox"/>
	Produits sanguins et dérivés	<input type="checkbox"/>
	Médicament réanimation (amines, anesthésiants...)	<input type="checkbox"/>
	Nutrition parentérale	<input type="checkbox"/>
	Traitement en perfusion continue	<input type="checkbox"/>
	Réhydratation	<input type="checkbox"/>
	Produit de contraste	<input type="checkbox"/>
	Autres, préciser :	<input type="checkbox"/>
Produits administrables per os mais biodisponibilité diminuée		<input type="checkbox"/>

Deux possibilités :

Au moins une justification listée ci-dessus est cochée :

Une alternative thérapeutique est-elle possible par une voie d'abord moins invasive ?

Oui Non

Aucune justification listée ci-dessus n'est cochée :

L'expert précise-t-il une justification exceptionnelle ?

Oui Non

Si oui, renseigner la justification ci-dessous

Justification de l'expert :

4. Bilan de pertinence du maintien

Pertinence de maintien : Oui d'après les référentiels
 Non d'après l'avis d'expert

Grille d'audit Pertinence de maintien des cathéters sous-cutanés

Nom de l'établissement :

Initiales auditeur :
Numéro de saisie |__|__|

Nom du service :	Date audit : __ __ __
<u>Spécialités :</u>	Etiquette patient
Médecine <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/>	
Gynéco Obst <input type="checkbox"/> Réa-SISC <input type="checkbox"/>	
Pédiatrie <input type="checkbox"/> SSR <input type="checkbox"/>	
SLD <input type="checkbox"/> Psy <input type="checkbox"/>	
EHPAD <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>	

1. Données cathéter (sous cutané)

Cathétérisme :
<input type="checkbox"/> Permanent (KT laissé en place)
<input type="checkbox"/> Temporaire (1 dispositif / nuit)

Date de début mise en place du cathétérisme : |__|__|__| Non retrouvée

Date du dernier changement du cathéter : |__|__|__| Non retrouvée

2. Traçabilité de la surveillance clinique du cathéter (sous cutané)

La traçabilité de la surveillance clinique :	est effective lors de chaque changement d'équipe <input type="checkbox"/>
	est effective au quotidien <input type="checkbox"/>
	n'est pas réalisée au quotidien <input type="checkbox"/>

Type de traçabilité :
Informatique
Dossier papier

Contenu :	Case « surveillance » cochée sans détail <input type="checkbox"/>
	Détail de la surveillance noté <input type="checkbox"/>

Rotation des sites de ponction
Oui
Non
NC* * Un seul KTSC posé

3. Référentiel des indications du maintien du cathéter (plusieurs réponses possibles)

Justification clinique		
Voie orale impossible		
	Nausées et/ou vomissements	<input type="checkbox"/>
	Troubles de la déglutition	<input type="checkbox"/>
	Troubles de la conscience, confusion, agitation	<input type="checkbox"/>
Soins palliatifs		<input type="checkbox"/>
En attente de pose de CVP ou Midline		<input type="checkbox"/>
Indisponibilité voie veineuse (capital veineux insuffisant)		<input type="checkbox"/>
Justification médicamenteuse		
Produits administrables uniquement par voie injectable		
	Antibiotique : lequel(s).....	<input type="checkbox"/>
	Acides aminés (complément nutritionnel)	<input type="checkbox"/>
	Autres, préciser :	<input type="checkbox"/>
Réhydratation modérée		<input type="checkbox"/>

Deux possibilités :

Au moins une justification listée ci-dessus est cochée :

Une alternative thérapeutique est-elle possible par une voie d'abord moins invasive ?

Oui Non

Aucune justification listée ci-dessus n'est cochée :

L'expert précise-t-il une justification exceptionnelle ?

Oui Non

Si oui, renseigner la justification ci-dessous

Justification de l'expert :

4. Bilan de pertinence du maintien

Pertinence de maintien: Oui d'après les référentiels
 Non d'après l'avis d'expert
 Non