



L'utilisation de ce type d'outil d'aide à l'observance est suggérée dans le programme national de prévention des infections nosocomiales 2009/2013, afin de **promouvoir une culture partagée de qualité et de sécurité des soins** et d'améliorer la prévention et la maîtrise du risque infectieux.

1. JUSTIFICATION

Cet outil permet de suivre et de vérifier, de façon méthodique, les étapes nécessaires lors de la pose d'un dispositif invasif pour que cet acte soit réalisé avec le maximum de sécurité. Il peut être également utilisé dans le cadre d'évaluation de pratique.

Des points de contrôles prioritaires sont à effectuer systématiquement pour :

- garantir en permanence la sécurité des patients,
- améliorer le travail d'équipe et la communication interprofessionnelle,
- introduire ou maintenir une culture de qualité et de sécurité des soins.

2. CHOIX DES CRITÈRES

Ce sont des points critiques objectifs, simples, clairs, faciles à recueillir et reproductibles, une liste de points simples à contrôler.

Pour la pose de cathéter sous-cutané, à l'identique de la pose de cathéter veineux périphérique, les critères à prendre en compte concernent notamment :

- la pose en condition d'asepsie,
- la rotation des sites de pose,
- la surveillance.

La réévaluation du maintien du dispositif doit également être effectuée quotidiennement.

3. ÉLÉMENTS POUR LE SUCCÈS DE L'IMPLANTATION DE L'OUTIL

Cet outil est proposé aux établissements de santé et médico-sociaux. Avant son déploiement, il est nécessaire que les utilisateurs s'approprient ce document pour garantir leur participation active.

4. REMPLISSAGE DE LA FICHE

Le remplissage peut se faire soit sur un support informatique, soit sur un support papier ensuite archivé dans le dossier du patient.

Les critères sont validés si **chacune** des démarches attendues est réalisée :

- **Vérification de l'identité du patient** : le patient décline son identité ou, par défaut, autre moyen de vérification de son identité.
- **Type de dispositif** : les caractéristiques du cathéter sous-cutané sont indiquées.
- **Date de pose** : la pose est horodatée
- **Site d'insertion** : le site de pose du cathéter (en respectant la rotation des sites) est coché.
- **Antiseptie cutanée** : l'ensemble des étapes est réalisé (déterSION, rinçage, séchage, application de l'antiseptique alcoolique et respect du temps de contact).
- **Incident en cours de pose** : une difficulté particulière est notée, par exemple une douleur ou un hématome. Si cet incident impose un changement de cathéter et de site, tracer la nouvelle pose de cathéter.
- **Surveillance quotidienne** : elle doit comporter la surveillance du patient (locale et générale), du site d'insertion et de la ligne de perfusion.
- **Retrait du cathéter** : le cathéter doit être changé de site maximum toutes les 96 heures. En cas de retrait avant ce délai, noter le motif.

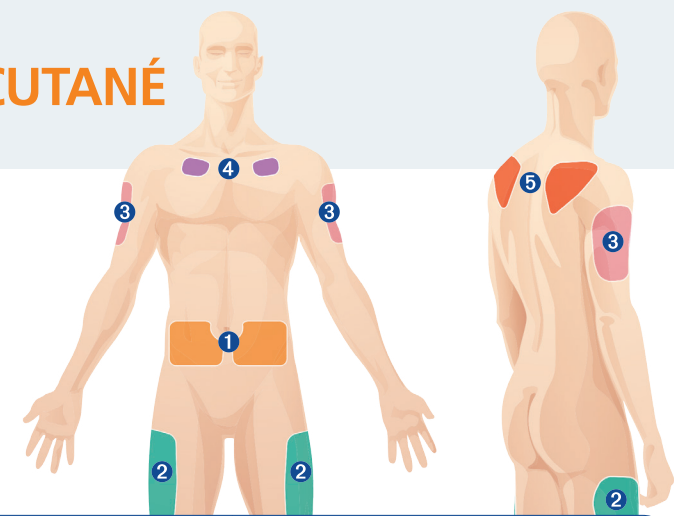
FICHE DE POSE ET DE SUIVI DE CATHÉTER SOUS-CUTANÉ

Identification du patient :

Nom, prénom, date de naissance ou étiquette

Sites de pose

- ❶ Paroi abdominale latérale droite ou gauche
- ❷ Cuisses (zone antéro-externe) droite ou gauche
- ❸ Bras (face externe) droite ou gauche
- ❹ Région sous-claviculaire droite ou gauche
- ❺ Région sous-scapulaire droite ou gauche



Fiche n° :	Pose du cathéter				Pose du cathéter				Pose du cathéter				Pose du cathéter			
Pose Date et heure Nom et fonction du soignant	.....				.....				.....				.....
Dispositif Type et diamètre	.....				.....				.....				.....
Site d'insertion	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/>	
Antiseptie lors de la pose cutanée savonnage + rinçage + séchage + application ATS alcoolique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Incident en cours de pose Si oui, décrire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Surveillance quotidienne	J1 date :	J2 date :	J3 date :	J4 date :	J1 date :	J2 date :	J3 date :	J4 date :	J1 date :	J2 date :	J3 date :	J4 date :	J1 date :	J2 date :	J3 date :	J4 date :
Noter les initiales du soignant + A (absence de signes locaux ou généraux) ou P (présence de signes locaux ou généraux)	matin															
	soir															
	NUIT															
Evaluation de la pertinence du maintien du cathéter	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Retrait du cathéter Date Motif	.....				.....				.....				.....