

Gäller för: Verksamhet Njurmedicin

Giltig från: 2025-03-18

Innehållsansvar: Gunilla Hed, (gunhe24), Sjuksköterska

Giltig till: 2027-03-18

Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad

Godkänd av: Cecilia Rosander, (cecro3), Verksamhetschef

HD – Blododling vid dialys

*Gäller för samtliga hemodialysmottagningar på Sahlgrenska
Universitetssjukhuset*

Revidering i denna version

Ny mall, dokumentet uppdaterat i enlighet med Vårdhandboken.

Syfte

Vägledning vid fastställandet om en sepsis är accessrelaterad (CDK/fistel/graft) eller kommer från annat fokus.

Arbetsbeskrivning

Material

Klorhexidinsprit alternativt 70 % alkohol för desinfektion

Två par blododlingsflaskor

Butterflynål

Vacutainerhållare för blododlingsflaskor

Trevägskran med lång slang om odling från CDK

Höggradigt rena handskar

Viktigt att tänka på vid provtagning:

- Vid prov för blododling är huddesinfektion mycket viktig. Vid otillräcklig huddesinfektion kan blododlingar kontamineras med hudbakterier vilket leder till falskt positivt blododlingssvar.
- För att kunna påvisa om en infektion är accessrelaterad är det viktigt att om möjligt ta ett odlingspar från dialysaccessen och ett odlingspar från perifer ven. **Om perifer provtagning inte är möjlig tas båda paren ur dialysaccess.**

- Misstanken om accessrelaterad infektion styrks om odlingen från access visar växt (med samma bakterie) >120 minuter före växt i perifert tagen blododling.
- Ju närmare bakteriehärden man tar odlingen desto större chans att fånga bakterieväxt.
- Provtagning ska ske samtidigt (inom 10-15 min) från de olika provtagningsställena, börja med det perifera stickstället eftersom patienten kan vara svårstucken.
- **Ta aldrig odlingen ur maskinen.**

Remiss

Remiss: Externa program-ROSP patientvy.

Skapa remiss. Välj- Grupper -INF blododling CVK/Perifier.

En remiss till varje flaska, skriv i tidpunkt för provtagningarna och om pat. är antibiotikabehandlad (namnges).

Skriv på remisserna (ruta -Remisskommentar) att ni önskar uppgift om "tid till växt" i svaret (vid misstanke om accessrelaterad infektion).

Tillvägagångsätt

Blododlingsflaskornas bottenmembran ska vara grönfärgade, kontrollera att de inte ändrat färg till gult; kassera i så fall flaskan.

Kontrollera utgångsdatum på flaskorna.

Det ska vara lika stor mängd blod i alla flaskor, helst 10 ml **aldrig mer**; olika mängd blod i flaskorna kan ge missvisande resultat av odlingen.

Märk ut med penna på flaskornas 5 ml-skala så att du kan se när 10 ml blod är fyllt.

Ta av skyddshylsorna på flaskorna och desinfektera gummimembranen i minst 5 sekunder och låt dem därefter lufttorka.

Aerob (grön) flaska fylls **alltid** före anaerob (orange) flaska.

Rekommenderad turordning: nr 1 aerob, nr 2 anaerob, nr 3 aerob, nr 4 anaerob.

Ta ett flaskpar från en perifer ven:

Desinfektera huden vid insticksstället rikligt med 70 % alkohol (t.ex. klorhexidinsprit) i minst 5 sekunder, huden ska var fuktig minst 30 sekunder innan den torkar.

Använd butterflynål. Ta först ett slaskrör med **desinficerad kork**, använd röret till kemi-analys om lämpligt eller kassera.

Efter provtagning vänds flaskorna några gånger så att innehållet blandas.

Ta det andra flaskparet från CDK, graft eller AV-fistel:

Desinfektera kopplingen med 70 % alkohol (t.ex. klorhexidinsprit) i minst 5 sekunder och låt lufttorka innan vacutainerhållare appliceras och odlingarna tas.

För att kunna hålla flaskan lodrätt och se din markering; använd en trevägskran med lång slang vid prov ur CDK.

Skriv exakt tid på etiketterna och att de är tagna ur CDK, graft eller AV-fistel.

Efter provtagning vänds flaskorna några gånger så att innehållet blandas.

Övrigt

Om andra blodprover ska tas i samband med blododlingen ska blododlingen tas först.

Blododlingsflaskorna ska förvaras i rumstemperatur och tas till labb snarast möjligt.

Ansvar

Verksamhetschefen ansvarar för att läkargruppen informeras om nytillkomna och reviderade rutiner.

På delegation av verksamhetschef ansvarar rutinansvarig sjuksköterska för att samtlig personal på respektive dialysmottagning informeras om nytillkomna och reviderade rutiner.

Uppföljning, utvärdering och revision

Rutinansvarig sjuksköterska ansvarar för revision av rutinen.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.”

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Njurmedicin

Innehållsansvar: Gunilla Hed, (gunhe24), Sjuksköterska

Granskad av: Lena Löfgren, (lenlo6), Instruktör, Hamid
Dezfoolian, (hamde4), Överläkare

Godkänd av: Cecilia Rosander, (cecro3), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9803-2137832294-26

Version: 9.0

Giltig från: 2025-03-18

Giltig till: 2027-03-18