

Gäller för: Verksamhet An-Op-IVA Mölndal

Giltig från: 2025-10-30

Innehållsansvar: Malin Bengtsson, (malbe47), Sektionsledare

Giltig till: 2027-10-30

Granskad av: Karin Kleiven Thiringer, (karth5), Överläkare

Godkänd av: Karin Löwhagen, (karer20), Verksamhetschef

Central Venkateter (CVK), IVA Mölndal

Förändringar sedan föregående version

Tilllägg stycke *Val av kateter*, samt av CVK med fem lumen vid kontinuerlig infusion av betalaktamantibiotika.

Tilllägg gällande ultraljudsväggledd inläggning, samt rekommendation avseende koagulationsprover inför inläggning.

Innehållsförteckning

| | |
|--|---|
| Förändringar sedan föregående version | 1 |
| Innehållsförteckning | 1 |
| Bakgrund och syfte..... | 2 |
| Utförande..... | 2 |
| Uppdukning | 2 |
| Förberedelse av patient..... | 2 |
| Val av kärl | 3 |
| Val av kateter | 3 |
| Inläggning..... | 4 |
| Byte av CVK över ledare | 4 |
| Funktionskontroll | 4 |
| Fixation..... | 4 |
| Förband..... | 4 |
| Infartsvägar..... | 4 |
| Röntgen och uppföljning av svar | 5 |
| Dokumentation av CVK-inläggning | 5 |
| CVK-inläggning på patienter som kommer på remiss från vårdavdelning..... | 5 |
| Skötsel | 6 |
| Injektion / infusion | 7 |
| Kopplingschema | 8 |

| | |
|--|----|
| Läkemedel | 8 |
| Avlägsnande av CVK..... | 9 |
| Odling av CVK-spets | 9 |
| Komplikationer..... | 10 |
| Relaterad information..... | 11 |
| Granskare/arbetsgrupp | 11 |
| Referenser och relaterade dokument | 11 |

Bakgrund och syfte

Säker och pålitlig venaccess är mycket viktigt inom modern sjukvård. Detta åstadkoms vanligtvis via perifer venkateter (PVK), men andra alternativ behövs i vissa situationer.

Inom slutenvård, och framför allt inom intensivvård, används i stor omfattning central venkateter (CVK), bland annat för hemodynamisk monitorering, vätsketillförsel, behandling med kärlretande läkemedel, övrig läkemedelsadministration, total parenteral nutrition (TPN) samt provtagning.

Syftet med denna rutin är att säkerställa säker hantering av centrala infarter och minska risken för komplikationer vid inläggning, handhavande och avveckling.

Utförande

Uppdukning

- Material enligt lista på CVK-låda
- Se till att spritat rullbord finns på salen. Placera CVK-lådan på nedersta hyllan på bordet, tillsammans med tillkommande material enligt listan som sitter på lådan.
- Uppdukning av instrument skall ske med steril uppdukningsteknik och utförs företrädesvis i särskilt rum av två personer. Vanligtvis är det läkaren som dukar upp, med assistans av undersköterska eller sjuksköterska.
- Uppdukaren ska ha mössa, munskydd och sterila handskar. Assistenten ska ha mössa och munskydd.

Förberedelse av patient

Provtagning före inläggning

Patienter utan misstänkt koagulationsrubbing behöver inte utredas med koagulationsprover före CVK-inläggning. I situationer med känd eller misstänkt koagulationsrubbing, inklusive pågående behandling med antikoagulantia, bör basala koagulationsprover (PK, APTT och TPK) kontrolleras.

Anestesi/IVA-läkare ansvarar för att kontrollera svar på förekommande provsvar, APTT, PK och TPK och ta ställning till om nya prover behövs inför CVK-inläggning. Hos patient som kommer till AnOpIVA på remiss för detta, ansvarar remitterande läkare/patientansvarig läkare på vårdavdelning för provtagning, se stycke *CVK-inläggning på patienter som kommer på remiss från vårdavdelning*.

Övervakning

Patienten övervakas alltid med pulsoximetri och EKG vid CVK-inläggning.

Op-område

Om behov finns görs hårvkortning. Använd en hudvänlig metod som till exempel en trimmer. Bör inte göras med rakhyvel eller rakapparat då detta kan skapa sår i huden, vilket kan öka risken för CVK-relaterad infektion.

Val av kärl

V. jugularis interna

Ofta förstahandsval för patient på IVA, särskilt för patient med påverkade koagulationsparametrar.

V. subclavia

Används med fördel hos patienter på vårdavdelning som ska ha långvarig antibiotikabehandling eller TPN. Patient kan gå hem med CVK för fortsatt skötsel av hemsjukvården.

V. femoralis

Används när v jugularis och subclavia ej är tillgängliga/lämpliga. Nackdel med v femoralis är främst den ökade risken för infektion.

Val av kateter

Ansvarig läkare beslutar om vilken kateter som ska läggas in.

Vid inläggning av CVK på patient som kommer på remiss från vårdavdelning är CVK med en lumen förstahandsval. Om däremot behov av provtagning finns, eller patienten planeras för operation inom närliggande tid, väljs i första hand en CVK med 2 lumen.

Vid inläggning av CVK på IVA-patient, där behov av kontinuerlig infusion av antibiotika eller infusion med flera inotropa läkemedel förväntas behövas, används CVK med fem lumen. I övriga fall är CVK med fyra lumen vanligen förstahandsvalet.

Inläggning

Ultraljudsvägledning är idag ett standardförfarande för att underlätta proceduren, minska obehaget för patienten och undvika komplikationer. Inläggningen kan även med fördel föregås av en översiktlig scanning av det tänkta insticksstället/kärlet, samt eventuella alternativ, för att försöka utesluta trombos/stenos och ge en uppfattning om svårighetsgraden (kärlstorlek, andningsvariation, djup, aberranta kärl).

CVK-inläggning är att betrakta som ett operativt ingrepp. Arbeta enligt *Checklista för Central Venkateter (CVK) – Säkerhetsåtgärder vid CVK-inläggning* (Bilaga 1).

Komplettera med att använda checklista *Time-out inför åtgärd* som finns på varje IVA-rum, samt i SharePoint.

Byte av CVK över ledare

Vid byte av CVK över ledare tillämpas samma sterila rutiner som vid ordinär inläggning. Beakta risk för kontaminering och därmed ökad risk för infektion.

Funktionskontroll

Funktionskontroll görs med backflöde, genom aspiration i den proximala och distala skänkeln.

Fixation

- CVK:n fixeras med Monofilamentsutur.
- Den sutureras i huden med två suturer i både den fasta vingen och i den lösa vingen närmast insticksstället.

Förband

- Katetern täcks med ett högpermeabelt polyuretanförband anpassat för CVK, där insticksstället är väl synligt i mitten av det transparenta fönstret.
- För bättre fixation kan Cavilon appliceras. Skall ej göras direkt över insticksstället.
- Se till att förbandet sluter tätt och att inga luftkanaler leder in till insticksstället.
- Markera på förbandet omläggningens datum.

Infartsvägar

- Samtliga trevägskranar, injektionsmembran, eventuella backventiler och infusionsaggregat byts till nya när ny CVK läggs. Läkemedelsspruta i pump kan behållas.
- Alla trevägskranar/svansar genomspolas med NaCl innan uppkoppling.
- Samtliga trevägskranar närmast katetern ska vara märkta med blå CVK-etikett med datum och signatur.
- Samtliga infusionsaggregat ska vara märkta med datum och läkemedelsnamn.

Röntgen och uppföljning av svar

1. Vid CVK-inläggning på IVA-patient beslutar ansvarig IVA-läkare om kontrollröntgen ska göras. Röntgensvaret följs upp av patientansvarig narkosläkare. Patientansvarig sjuksköterska på hjälper till att bevaka om röntgensvar inkommit och skall handläggas. Förekomst av inkomna och osignerade röntgensvar skall också kontrolleras aktivt vid varje rond
- Vid CVK-inläggning på patient som kommer på remiss från vårdavdelning, utförs alltid kontrollröntgen. CVK-inläggande läkare ansvarar för att skriva röntgenremiss. CVK:n kan tas i bruk när inläggande narkosläkare godkänt den för användning. Inläggande narkosläkare, eller den läkare som fått uppgiften delegerad till sig, ansvarar för att avdelningen blir kontaktad och informerad om/när CVK får lov att användas utifrån röntgensvar eller egen bedömning. Om ansvarig narkosläkare avslutat sitt arbetspass går ansvaret över till narkosjour.
- Vid inläggning av CVK på poliklinisk patient följs röntgensvaret upp av CVK-inläggande läkare, eller den läkare som fått uppgiften delegerad till sig. Svar ska signeras innan patienten går hem.

Dokumentation av CVK-inläggning

- Inläggning av CVK dokumenteras av CVK-inläggande läkare i *Infarter, Utfarter i Melior*. Här dokumenteras inläggningsdatum, antal lumen och vilket kärl.
- I fri text skrivs relevant information, till exempel komplikationer, om lokalbedövning använts, verifierat backflöde i samtliga skänklar, om CVK:n kan användas innan röntgenkontroll, antal stick samt namnet på CVK-inläggande läkare.

CVK-inläggning på patienter som kommer på remiss från vårdavdelning

- Patientansvarig avdelning faxar remiss till IVA
- Innan remissen faxas ska patientansvarig läkare på bakavdelning se över att patientens blödningsprover med PK, APTT och TPK är aktuella. Vid osäkerhet eller svårighet att ta proverna kan narkosläkare på IVA rådfrågas.
- PPA på IVA tar hand om remissen och koordinerar med IVA-1 läkare, samt utser patientansvarig sjuksköterska och/eller undersköterska som ska assistera vid ingreppet.
- PPA eller utsedd patientansvarig sjuksköterska på postop ringer ner patienten till bestämd tid och tar i samband med det emot rapport från patientansvarig sjuksköterska från avdelning. Rapporten bör vara kortfattad och ges enligt SBAR.
- Undersköterska, eller vid behov sjuksköterska, assisterar ansvarig narkosläkare vid ingreppet.

- Patientansvarig sjuksköterska stämmer av med röntgen gällande tid. Får patienten en tid för röntgen i nära anslutning till ingreppet, kan patienten åka till avdelning via röntgen. Annars åker patienten till avdelning och väntar på röntgen därifrån.
- Ansvarig narkosläkare dokumenterar i Melior under *Fria aktiviteter – Infarter / utfarter* enligt stycke *Dokumentation av CVK-inläggning*. Remiss för röntgen skrivs. Godkännande av användning enligt *Röntgen och uppföljning av svar*.
- Ansvarig sjuksköterska registrerar patienten i Orbit som *Externt uppdrag* när patienten åker från IVA.

Skötsel

Daglig inspektion, utvärdering och dokumentation

- Insticksställe och suturer ska inspekteras dagligen avseende rodnad, svullnad, värmeökning samt purulent sekretion.
- Daglig utvärdering av behov av kvarliggande CVK ska göras av läkare.
- Åtgärder som: inspektion av insticksställe, omläggning och byte av trevägskranar samt fortsatt behov av CVK dokumenteras av ansvarig sjuksköterska i Melior under *Skötsel av Infart (Infarter, utfarter)*.
- Omläggning och byte av trevägskranar och infusions slangar dokumenteras även på *Checklista: Omläggning och byte vid patientplats*.

Omläggning

- Omläggning görs var tredje dag eller vid behov. Det ska inte finnas blod eller pus under förbandet eller luftkanaler som leder in till insticksstället.
- Arbeta aseptiskt.
- Spritdesinfektera händerna och ta på handskar och plastförkläde.
- Ta bort det gamla förbandet, ta av handskar.
- Spritdesinfektera händerna och ta på nya handskar.
- Tvätta insticksstället med ren kompress med klorhexidinsprit 5mg/ml under 30 s och låt området lufttorka.
- Täck insticksstället med förband särskilt för CVK.

Byte av aggregat

- Byte av trevägskranar/svansar och infusionsaggregat sker var tredje dag.
- **Undantag:** Vid infusion av TPN och Propofol byts infusions slang och trevägskran en gång/dygn (vid TPN samtidigt som byte av infusionspåse sker).

Byte av infusionspruta

- Enligt *Svensk Läkemedelsstandard* är hållbarhetstiden för infusion vid rumstemperatur max 12 timmar. IVA Mölndal har beslutat att göra ett lokalt avsteg från denna rekommendation och sätta hållbarhetstid för pågående infusioner till 24 timmar.
- **Undantag:** Om något annat specifikt anges i produktresumé samt infusion Propofol som ska bytas var 12:e timme.

Injektion / infusion

Injektionsmembran och backventiler

- På varje infusionspruta skruvas ett injektionsmembran på, i syfte att förhindra att luft sugas in i slangen vid byte av spruta.
- Backventil används endast
På trevägskran för inotropi
På trevägskran när flera läkemedel går i samma skänkel. Detta för att förhindra att läkemedlet backar upp i den andra skänkeln.

Handhavande vid injektion / infusion

- Arbeta utefter aseptiska rutiner. Infartsporten ska desinficeras med klorhexidinsprit 5mg/ml innan användning.
- Innan administration av läkemedel, spola med NaCl och var uppmärksam på att ingen luft sprutas in i systemet. Kontrollera kateterläge genom försiktig aspiration.
OBS på att infusions slang ska spolas med Glukos före och efter administration av vissa läkemedel, till exempel Amiodarone.
- CVK spolas med 5 – 10 ml NaCl efter varje användning, beroende på användningsfrekvens samt eventuella vätskerestriktioner för patienten.
Observera att detta är ett lokalt avsteg från Vårdhandboken, som rekommenderar spolning med 20 ml. Avsteget görs för att CVK används mer frekvent på IVA än på en vårdavdelning, vilket innebär att risken för att skänklarna ska klotta igen är mindre. I tillägg skulle spolning med 20 ml innebära att mängden tillförd vätska blir orimligt stor. I de fall där CVK:n används sparsamt, ska den spolas med 20 ml NaCl efter varje användning. Vilande infarter spolas igenom med vid byte av trevägskranar.

Kopplingschema

| Proximal SEDERING 18G 26mL/min | Medial 1 TPN/VÄTSKA 14G 90mL/min | Medial 2 INOTROPI POTENTA LM 18G 26mL/min | Medial 3 KONTINUERLIG INFUSION ANTIBIOTIKA 18G 26mL/min | Distal ÖVRIGT Lämnas om möjligt fri för CVP-mätning, provtagning och intermittenta injektioner 16G 53mL/min |
|---|--|--|--|---|
| Fentanyl | SmofKabiven | Noradrenalin | | CVP, PICCO |
| Propofol | Glukos 5%, 10% | Vasopressin | | Korta injektioner/infusioner (ex. antibiotika) |
| Esketamin | Insulin | Remifentanil (Ultiva) | | Magnesium |
| Midazolam 1mg/mL | Kaliumklorid | Amiodarone* (Cordarone) | | Albumin |
| Klonidin | Vancomycin, kontinuerlig inf | Dexdor | | Blodprodukter om PVK ej möjligt |
| | RingerAcetat | Milrinon (Corotrop) | | |

*Om Amiodarone går, ska alla läkemedel som ges i denna skänkel vara blandade i Glukos. Utfällningar bildas vid kontakt mellan Amiodarone och NaCl.

Läkemedel

Vanligt förekommande läkemedel på IVA som ska ges centralt

- Amiodarone (hög risk för bland annat flebit)
- Kaliumklorid 1mmol/mL
- Glukos >10%. Även Glukos 10 % bör ges centralt.

Undantag: Enstaka injektioner av Glukos 30% kan administreras perifert.

Infusioner/läkemedel som bör ges perifert

- Blod bör helst ges perifert, men kan ges centralt om inte annan möjlighet finns. Trevägskran ska då bytas efter given transfusion.
- I de sällsynta fall då Teofylin bedöms vara aktuellt att ge, bör detta ges via PVK.

Kompatibilitet läkemedel

Vid osäkerhet rörande ett läkemedels kompatibilitet, använd FASS, alternativt Blandbarhetsdatabasen i Melior under Länkar: *Blandbarhet läkemedel (VGR)*.

Vasoaktiva, inotropa läkemedel och övriga potenta läkemedel

- Vasoaktiva läkemedel bör ges centralt. Vid svagare spädning, till exempel Noradrenalin 0,04 mg/ml kan detta ges perifert, se [Noradrenalin perifer tillförel Operation och Postop, AnOpIVA Mölndal](#)
- Vasoaktiva eller inotropa läkemedel, som till exempel Noradrenalin eller Milrinon kopplas alltid till en **Octopus trevägssvans** för tydlighet.
- När potenta läkemedel avslutas och ska kopplas bort, aspireras 3 ml för att undvika en akut överdosering av läkemedlet när ny infusion påbörjas. Spola därefter med 20–40 ml NaCl. Vid behov byt 3-vägssvans.
- I skänklar där vasoaktiva/inotropa droger infunderas, ska **aldrig** en bolus eller annan injektion ges.

Avlägsnande av CVK

- Lägg patienten i plant ryggläge.
- Stäng infarterna på CVK.
- Spritdesinfektera händerna och ta på rena handskar.
- Ta bort bandaget.
- Desinfektera insticksstället och suturerna med klorhexidinsprit och låt torka.
- Ta bort suturerna.
- Tryck försiktigt vid insticksstället samtidigt som du drar CVK, om möjligt vid utandning för att undvika ett negativt CVP.
- Kontrollera att spetsen är hel.
- Håll ett hårt tryck över insticksstället i 10 minuter.
- Lägg en kompress med lätt kompression och tejpa fast förbandet.
- Hög sängens huvudända.
- Kontrollera insticksstället efter en timma eller när patienten lämnar IVA, om patienten skall lämna IVA dessförinnan.

Odling av CVK-spets

- Utförs på läkarordination. Katetern drages enligt instruktioner ovan.

- Efter att katetern är dragen förs änden direkt ned i ett odlingsrör, utan att vidröras, och klipps av 5 cm ovanför spetsen med steril sax.
- Ange på remissen att det är en CVK-spets.

Komplikationer

Vid misstanke om allvarlig komplikation ska sjuksköterskan stänga av infusionen och kontakta läkaren omgående.

Suboptimalt kateterspetsläge

Om misstanke finns om suboptimalt kateterspetsläge skall backflödet i en flerlumenkateter kontrolleras från den mest proximala och mest distala kanalen. Adekvat intravasalt CVK-läge kan även bedömas med ledning av CVP-kurvans utseende och nivåer. Vid minsta misstanke om suboptimalt läge ska CVK bytas.

Luftembolism

Förebyggs genom att alltid hålla ventrycket högre än atmosfärtrycket genom *sänkt huvudända vid inläggning*, säkra infusionskopplingar samt ett noggrant förfarande vid hantering.

Pneumothorax

Röntgenkontroll för fastställande av CVK-läge och uteslutande av pneumothorax görs strax efter inläggningen. Ibland visar en sådan tidig bild ingen pneumothorax, så observans på att en symptomgivande pneumothorax med dyspné, hosta, smärtor och olika grader av desaturation (hos lungfriska patienter ibland normal syremättnad även vid total pneumothorax) i vissa fall kan tillkomma efter 1–2 dygn.

Hjärttamponad

Sällsynt men ofta fatalt. Risken för detta kan eventuellt minskas genom att kateterspetsen inte placeras längre ner än i övergången mellan v cava superior och höger förmak. Ett observandum är att detta kan uppträda senare t ex i anslutning till mobilisering.

Artärpunktion av a. subclavia

Kan resultera i livshotande hemothorax. Efter stick med punktionsnål kan artären komprimeras mot nyckelbenet. Om dilatering och/eller kateterisering av artären också skett ökar blödningsrisken och katetern måste avlägsnas under optimala övervakningsförhållanden. Radiolog och kärlkirurg ska kontaktas innan kateter avlägsnas. Låt alltså katetern ligga kvar i artären medan kontakt med kärlkirurg tas.

Artärpunktion av a. carotis

Kan också resultera i omfattande hematom och ge luftvägskompression. Om artären punkteras undvik att sticka i v jugularis på andra sidan. Om artären dilaterats och/eller kateteriserats ska

radiolog och kärlkirurg kontaktas (se föregående stycke). Carotispunktion kan även kompliceras med cerebral emboli. Ett observandum är att kärlperforation kan uppträda senare t.ex i anslutning till mobilisering.

CVK-relaterad infektion

- CVK-relaterad infektion är en allvarlig komplikation och patienterna på en IVA-avdelning utgör en riskgrupp.
- Risk för CVK-relaterad infektion ökar för varje dag som CVK ligger kvar. Därför är det viktigt att indikationen för CVK är riktig och att behovet av CVK utvärderas dagligen av läkare, samt dokumenteras av ansvarig sjuksköterska.
- På IVA-patienter som färdigvårdats på IVA och skall skrivas ut för fortsatt vård på avdelning bör fler-lumen-CVK avlägsnas och antingen ersättas av PVK alternativt bytas mot en-lumen-CVK, då multipla lumen är förenat med ökad risk för infektioner och handhavandefel.
- Infektionen kan vara lokal, vid insticksstället, vilket visar sig som en ökad rodnad och/eller pus. Om infektionen är blodburen kan patienten utveckla en sepsis vilket kan vara ett livshotande tillstånd.
- Förebyggande åtgärder är korrekta hygienrutiner vid inläggning, hantering och skötsel av CVK.
- CVK-relaterad infektion ska dokumenteras i PasIVA av patientansvarig IVA-läkare.

Relaterad information

Bilaga 1: Checklista för Central VenKateter (CVK) – Säkerhetsåtgärder vid CVK-inläggning

Bilaga 2: Lathund inläggning, skötsel, infusioner

[Noradrenalin perifer tillförsel Operation och Postop, AnOpIVA Mölndal](#)

Granskare/arbetsgrupp

Karin Thiringer, VÖL IVA Mölndal

Sara Lundin, Apotekare AnOpIVA Mölndal

Malin Bengtsson, IVA-sjuksköterska, sektionsledare IVA Mölndal

Maria Wihlborg, IVA-sjuksköterska, Instruktör, IVA Mölndal

Referenser och relaterade dokument

Gersonde F, Eisend S, Haake N, Kunze T. Physicochemical compatibility and emulsion stability of propofol with commonly used analgesics and sedatives in an intensive care unit. Eur J Hosp Pharm. september 2017;24(5):293–303.

<https://www.micromedexsolutions.com/micromedex2/librarian/>

<https://www.lakemedelsverket.se/sv/om-lakemedelsverket/rapporter-och-publikationer/svensk-lakemedelsstandard#hmainbody>

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

<http://www.sfai.se/riktlinjer/cvk>

<http://www.vardhandboken.se/>

[Vårdhygien och Smittskydd - Sahlgrenska Universitetssjukhuset \(vgregion.se\)](#)

Checklista för Central Venkateter (CVK)

Säkerhetsåtgärder vid CVK-inläggning

En CVK-inläggning är ett operativt ingrepp. Om operatör eller assistent inte följer säkerhetsåtgärderna som listas nedan vid CVK-inläggningen skall detta påtalas av den som håller i checklistan (exv. sköterska, undersköterska, läkare) så att det kan rättas till innan proceduren fortsätter.*

| Förberedelse | Procedur | Avslutning |
|--|---|--|
| FÖRE INLÄGGNING KONTROLLERA | UNDER INLÄGGNING KONTROLLERA | EFTER INLÄGGNING KONTROLLERA |
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Att instickställen tvättas med klorhexidin/klorhexidinsprit<input type="checkbox"/> Att operatör (handledare/assistent) tar på mössa och munskydd ...<input type="checkbox"/> Och därefter tvättar händer med tvål och vatten samt handsprit och låter händerna torka<input type="checkbox"/> Att påkläddning av steril rock och handskar sker med assistans och att handskarna sitter utanpå rockärmens muddar<input type="checkbox"/> Att operatör klorhexidinsprittvättar inticksställe/område noggrant<input type="checkbox"/> Att operatör låter insticksställe torka<input type="checkbox"/> Att anläggande av sterila dukar utförs så att de täcker patientens ansikte och hela överkropp samt säng/operationsbord | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Att ultraljudsmaskin försedd med sterilklädd kärprob placeras lättillgängligt<input type="checkbox"/> Att sterilitet upprätthålls under hela proceduren<input type="checkbox"/> Att trevägskranar och nålfria injektionsmembran sätts på under sterila förhållanden<input type="checkbox"/> Att fixering sker med sutur eller annan hudförankring<input type="checkbox"/> Att hjälp tillkallas inom rimlig tid vid tekniska problem (svårt att identifiera kärl, svårt att föra in eller ut ledare och kateter exv.) | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Att ledaren är avlägsnad ur katetern och ligger på CVK-bordet<input type="checkbox"/> Att blod tvättas bort med steril koksalt och/eller klorhexidinsprit vid inticksstället innan förband anläggs<input type="checkbox"/> Att förband anläggs sterilt och märks med datum.<input type="checkbox"/> Att infart märks med etikett "central venkateter"<input type="checkbox"/> Att röntgenremiss skrivs och skickas om indikation finns<input type="checkbox"/> Att dokumentation av CVK-inläggningen sker i patientjournal och registrering av ingreppet finns i operationsplaneringssystem eller i intensivvårdsdatabas |

*Checklistan är översatt och omarbetad av Sophie Lindgren, överläkare An/Op/IVA Sahlgrenska sjukhuset, efter original "Central Line Insertion Care Team Checklist" från The Johns Hopkins Hospital, Baltimore, USA. Checklistan är inte avsedd att vara heltäckande. Tillägg och modifieringar för att anpassa den till lokala rutiner uppmuntras./SFAIs CVK-riktlinjer 2018

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet An-Op-IVA Mölndal

Innehållsansvar: Malin Bengtsson, (malbe47), Sektionsledare

Granskad av: Karin Kleiven Thiringer, (karth5), Överläkare

Godkänd av: Karin Löwhagen, (karer20), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-2767

Version: 3.0

Giltig från: 2025-10-30

Giltig till: 2027-10-30