

**MultiCath/ MultiStar/ SELDIPUR/ MultiCath Expert/ LeaderCath Expert**  
**Codice 155., 157., 158., 159./ 6155., 6158., 6159./ 128./ 8155., 8157., 8158., 8159., 8128.**

Instructions for use

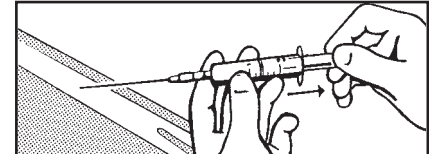
**Before inserting the catheter:**  
 1. Prep and drape area surrounding intended venipuncture site, create skin wheal at incision site with local anesthetic agent. To prevent air embolism and to facilitate venous puncture, place patient in an appropriate Trendelenburg position.

2. Assess the length of the catheter that needs to be introduced; centimeter markings on the catheter assist in correct placement.

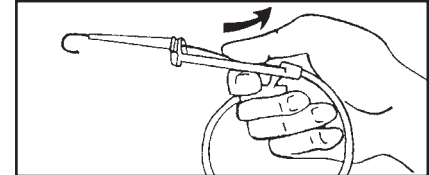
3. Identify the different lumens and corresponding hubs of the catheter. Match intended use of lumens to patient's clinical requirements, e.g. smallest lumen for low delivery rates. Flow rates for individual lumens of different models are shown on the product pack.

4. All lumens other than the guidewire lumen (distal hub) should be flushed, primed with normal or heparinized saline and kept closed with the injection caps or stopcocks provided.  
**Catheter introduction:**  
 When the "J" guidewire is not presented in an Advancer device, the "J" wire with straightener should be removed from the storage coil and used in the conventional manner, taking into account all cautions and warnings.

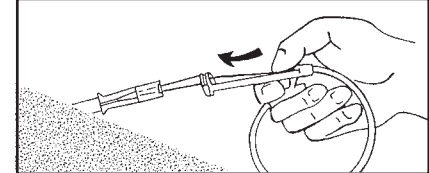
5. Retract "J" of wire within protector and remove cap.



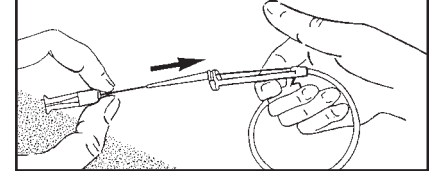
6. Attach needle to syringe, using a negatively charged syringe. Perform venipuncture. Successful venipuncture is confirmed by free flow of blood into the syringe.



7. Remove syringe from needle and attach advancer, using the thumb advance the guidewire stage by stage until the 20 cm mark is within the needle hub. Gently remove advancer from needle hub, hold guidewire and remove advancer from wire. Remove needle. Adjust position of wire until 20 cm mark can be seen at the chest exit site. Place catheter over wire. Ensure there is sufficient guidewire available so as to hold the wire at the proximal end of the distal hub before proceeding to advance the catheter into the vein.

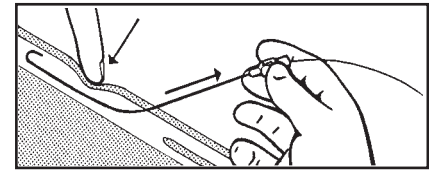


8. Gently remove advancer from needle hub, hold wire in position and totally remove advancer from wire.



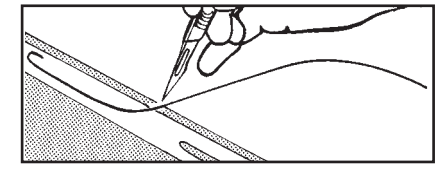
**Caution:**  
 Never pull back or withdraw the guidewire while the needle is in place. This could damage the wire on the needle level. If any resistance is felt to the advancement of the guidewire, do not persist, withdraw both the needle and the guidewire simultaneously.  
 To further decrease the risk of damage to the guidewire, a short i.v. cannula may be used as an introducer.

9. Holding the guidewire in place, remove the needle.

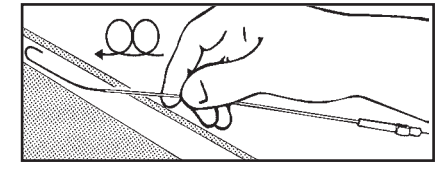


GB USA

10. If appropriate, the venipuncture site may be enlarged with a scalpel. Take care not to cut the guidewire.

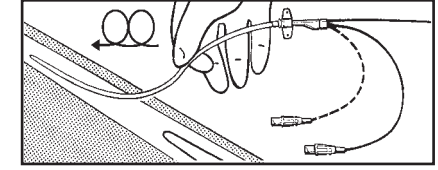


11. Dilate the entry point into the vessel by introducing the vessel dilator over the guidewire.



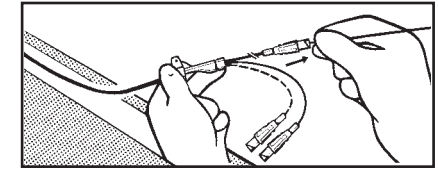
**CAUTION:**  
 When introducing a catheter or dilator over the guidewire make sure that the length of the exposed guidewire is sufficient so that you can maintain a firm grip on the guidewire at all times. The vessel dilator should not be left in the vessel as an indwelling catheter, to do so should cause vessel damage.

12. After removal of dilator, introduce the distal tip of the catheter over the guidewire.

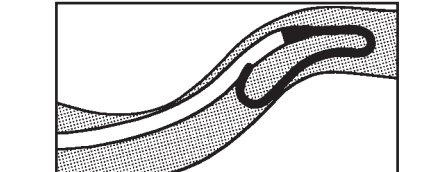


To aid smooth insertion of the catheter hold the catheter close and parallel to the skin and progressively advance catheter to the required depth.

13. Holding the catheter in position at required depth, carefully remove guidewire.



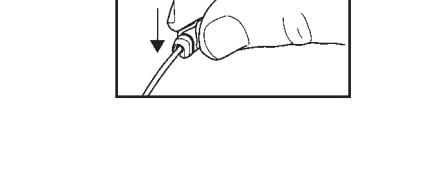
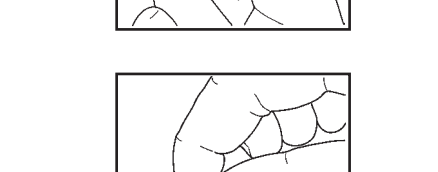
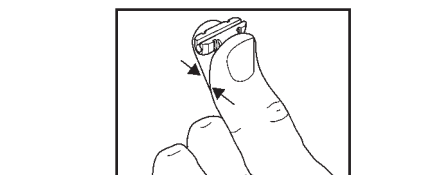
If resistance is felt during guidewire removal, the tip of the guidewire may be kinked within the vessel. Do not persist, but withdraw the catheter relative to the guidewire about 2-3 cm and continue to remove the guidewire. If you still feel resistance withdraw both the catheter and the guidewire simultaneously.



Attach a syringe to main lumen hub and aspirate to check that a free flow of blood confirms correct positioning.

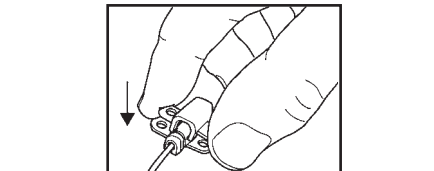
14. Connect main lumen, and any other lumens required at this point to appropriated and prepared equipment.

15. Secure the catheter to the patient using the integral side wings as a primary suture site. The flexible fixation wing should be used as a secondary fixation site if necessary. Spread the wing apart and mount on the catheter from below. The wing position can be changed by again flexing the wing.



Federal U.S. law restricts this device to sale by or on the order of a physician.

16. Attach fastener to the wing over the wing groove and press firmly together.



17. The wing can then be sutured to the skin. Do not suture directly around the catheter as this may compromise the lumens.

18. Check the catheter and dressing regularly for evidence of catheter movement, interrupted flow rates, leakage, security of all connections and signs of infection. Particular care should be taken when changing lines and dressings that the procedure does not damage the catheter. Do not kink or use forceps to clamp the lumen tubings during line changes (use the provided stopcocks instead), avoid potential problem of cutting catheter by not using scissors to remove dressings, etc... The clamps on the lead should only be used temporarily.

19. Nursing information available upon request. Ask for reference DI.08.

**CAUTIONS: Read before inserting and using the catheter!**

1. Correct positioning of the catheter should always be confirmed by x-ray. Correct position will depend on clinical application and introduction point of catheter.

2. The above problems highlight the importance of selecting the most appropriate length of catheter for a particular patient. Left sided neck approaches normally require a longer catheter, e.g. 30 cm length. If longer catheters are used for a right sided neck approach, particular care must be taken not to advance them too far and to ensure there is no accidental migration of the catheter after placement. Always confirm correct placement by x-ray and observe guidelines on assessing required catheter length and the use of catheter distance markings for both placement and checking for migration. The catheter is graduated from its distal tip at 10 mm increments. The first of these is at 90 mm and the last at 160 mm, 200 mm or 300 mm, according to overall catheter length.

3. Reported complications with catheters are extensive and include hydromediastinum, hydrothorax, catheter embolism, air embolism, thrombosis, laceration of the thoracic duct, temporary paralysis of the phrenic nerve, diaphragmatic paralysis, knotting of the catheter, arterial puncture, bacteremia and septicemia. Follow hospital or departmental protocol to prevent air embolism in catheter placement and subsequent maintenance. Observe strict aseptic technique during placement, maintenance and care of catheter.

4. Be aware that organic solvents such as alcohol or acetone may interact with catheter material and weaken it.

5. Only use luer lock connecting tubing with this product.

6. Infusion pressure applied through this catheter should not exceed 1.5 bar.

7. This product may only be sold to or by order of a physician.

Do not use this product for diagnosis, control or treatment of a defect of the heart or the central venous system.

**IMPORTANT CAUTIONS:**  
 The using physician should be familiar with and undertake all standard precautions to avoid problems or complications associated with the introduction and use of sheath introducers. Complications associated with percutaneous sheath introducers include vessel wall perforation, cardiac tamponade, haemorrhage, pleural and mediastinal injury, air embolism, catheter embolism, thoracic duct injury, septicemia, bacteraemia, thrombosis and accidental arterial puncture. The dilator is not suitable for this purpose and must be removed following sheath introduction.

**Mehrlumiges Katheter-Set nach Seldinger**

**MultiCath/ MultiStar/ SELDIPUR/ MultiCath Expert/ LeaderCath Expert**  
**Codice 155., 157., 158., 159./ 6155., 6158., 6159./ 128./ 8155., 8157., 8158., 8159., 8128.**

Gebrauchsanweisung

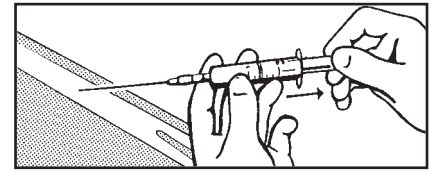
**Vor der Einführung des Katheters:**  
 1. Bereiten Sie die Punktionsstelle den klinischen Gepflogenheiten entsprechend vor. Um einer Luft-Embolie vorzubeugen und die Venenpunktion zu erleichtern, den Patienten in eine modifizierte Trendelenburg-Lage bringen.

2. Vergewissern Sie sich die benötigte Länge des Katheters. Die Markierungen auf dem Katheter sollen die korrekte Positionierung erleichtern.

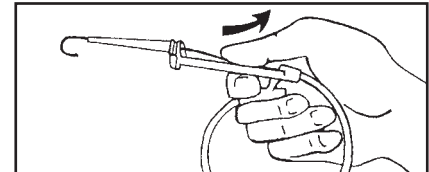
3. Identifizieren Sie die verschiedenen Lumina mit ihren unterschiedlichen Ansätzen.

4. Lumina mit heparinisierter oder einfacher Kochsalzlösung spülen und danach mit Injektstopfen oder einem Absperrhahn verschließen.

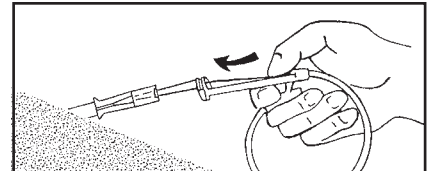
**Katheter-Einführung:**  
 5. Verbinden Sie eine Spritze mit der Einführungsnadel und punktieren Sie das Gefäß. Freier Blutrückfluß in die Spritze bestätigt die richtige Position der Nadelspitze.



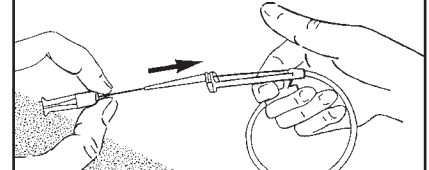
6. Entfernen Sie die Spritze von der Nadel. Nehmen Sie die Schutzkappe von der Einführungshilfe des J-Guides. Zur Ausrichtung der Guide-Spitze ziehen Sie bitte den Guide bis in den Ansatz zurück.



Setzen Sie nun den Ansatz auf die Kanüle. Zur einfachen Einführung kann der Guide mit dem Daumen aus der Einführungshilfe in Einhandbedienung vorgeschoben werden.



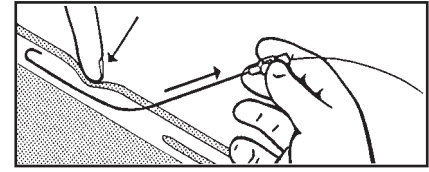
Schieben Sie die gewünschte Länge des Guides vorsichtig durch die Nadel in das Gefäß. Leichte Drehbewegungen erleichtern ggf. die Einführung des Guides.



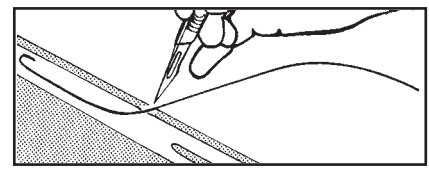
Entfernen Sie dann die Einführungshilfe ohne die Lage des Guides zu verändern.

**Vorsicht:**  
 Während die Punktionsnadel plziert ist, darf der Guide auf keinen Fall zurückgezogen werden. Der Guide könnte am Nadelschliff beschädigt werden. Sollten Sie beim Einführen des Guides einen Widerstand fühlen, üben Sie keinen Druck aus, sondern entfernen Sie Nadel und Guide gleichzeitig.

7. Ziehen Sie die Nadel zurück, ohne die Position des Guides zu verändern.

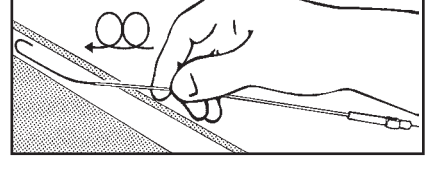


8. Die Punktionsstelle kann mittels eines Skalpells erweitert werden. Achten Sie darauf, den Guide nicht zu beschädigen.



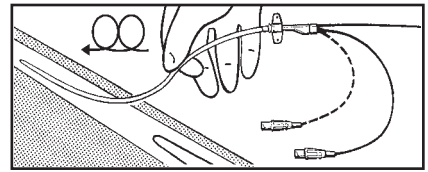
D

9. Erweitern Sie den Gefäßzugang durch Vorschub des Dilators über den Guide.

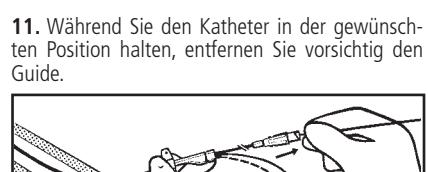


**Vorsicht:**  
 Bevor der Katheter oder Dilator über den Guide in das Gefäß geschoben wird, muß sichergestellt sein, daß die Länge des Guides auch zur Handhabung beim Zurückziehen ausreicht. Der Dilator darf nicht im Gefäß verbleiben wie ein Katheter. Dies könnte zu Gefäßperforationen führen.

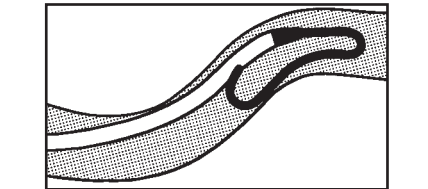
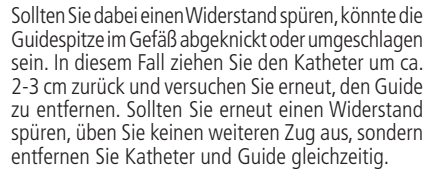
10. Nach Entfernung des Dilators schieben Sie das distale Ende des Katheters über den Guide.



Zur sanften Einführung des Katheters halten Sie den Katheter parallel, nahe der Hautoberfläche und führen ihn bis zur gewünschten Tiefe ein. Nutzen Sie die Kathetermarkierung für die endgültige Platzierung des Katheters.



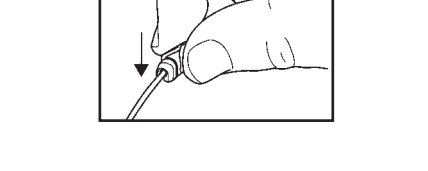
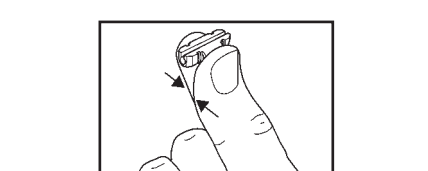
11. Während Sie den Katheter in der gewünschten Position halten, entfernen Sie vorsichtig den Guide.



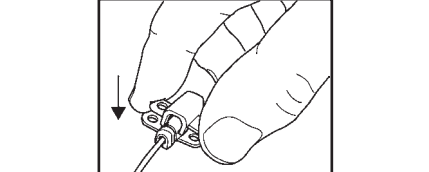
Konnectieren Sie eine Spritze am Hauptlumen. Der freie Blutfluß nach Aspiration bestätigt die korrekte Lage des Katheters.

12. Verwenden Sie die Lumina für die entsprechenden Dosierungsmengen (kleinstes Lumen für die niedrigsten Dosierungen). Die Durchflusssraten der Lumina sind auf der Verpackung aufgedruckt. Konnectieren Sie das Hauptlumen und die benötigten Nebenumen mit Hilfe von Dreiwegehähnen an die vorbereiteten Geräte.

13. Mit den integrierten Seitenflügeln kann der Katheter an der Haut des Patienten festgenäht werden. Als zweite Fixiermöglichkeit können Sie den klemmbaren Fixierflügel benutzen. Dazu den Fixierflügel aufspreizen und unter dem Katheter anbringen. Mittels Druck auf die Flügel kann die Position einfach verändert werden.



Durch das Aufsetzen der Verschlusskappe können Sie den Fixierflügel am Katheter befestigen.



Der Fixierflügel kann nun an der Haut des Patienten festgenäht werden.

14. Verbinden Sie die Punktionsstelle nach den klinischen Richtlinien.

15. Prüfen Sie regelmäßig die Verbandsstelle und den Katheter auf Anzeichen von unregelmäßigen

Durchflußraten, Katheterrückruck, Leckagen, Diskonnektion von Verbindungen und Infektionen. Achten Sie darauf, daß beim Wechseln des Verbandes und der Konnektionen der Katheter nicht beschädigt wird. Benutzen Sie keine Pinzetten und Scheren, z.B. für den Verbandwechsel, um den Katheter nicht zu beschädigen. Die Schiebeklemmen zum Ablösen der Zuleitung dürfen nur vorübergehend eingesetzt werden.

**ZUR BEACHTUNG: Bitte vor Verwendung des Katheters lesen!**

1. Die richtige Lage des Katheters immer mittels Röntgen kontrollieren. Kontrollieren Sie die Katheterlage regelmäßig und versichern Sie sich, daß die vordefinierte Katheterlänge korrekt ist. Anhand der Katheter-Längenmarkierung können Sie sowohl die Positionierung als auch eine eventuelle Bewegung des Katheters beobachten. Der Katheter ist ab 90 mm in 10 mm Abständen längenmarkiert.

2. Komplikationen sind in Abhängigkeit von gewählten Gefäßzugang und der Technik unterschiedlich. Komplikationen können u. a. Pneumothorax, Hämatothorax, art. Gefäßpunktion, Gefäßperforation, Schädigung des Plexus brachialis, Verletzung des Ductus thoracicus, lokale und systemische Infektion bis hin zu Sepsis, Thrombosen, Luftembolie, Katheterembolie, Katheterfehlagen, Perikardtamponade durch Gefäß- oder Herzwandperforation sein.

3. Organische Lösungsmittel wie Alkohol oder Aceton, die z.B. in einigen Desinfektionsmitteln vorkommen, können das Kathetermaterial negativ beeinflussen und schwächen.

4. Benutzen Sie nur Luer-Lock-Verbindungsstücke für Verbindungen.

5. Der Katheter darf nur in Kombination mit Druckinfusionsapparaten mit einem Abschaltdruck von max. 1,5 bar verwendet werden.

6. Dieser Artikel darf nur an Ärzte oder an von Ärzten autorisiertes Personal verkauft werden.

Dieses Produkt ist nicht zur Diagnose, Kontrolle oder Korrektur eines Defektes am Herzen oder am zentralen Kreislaufsystem bestimmt.

**WICHTIGE WARNHINWEISE:**  
 Der ausführende Arzt sollte mit den üblichen Vorsichtsmaßnahmen zur Platzierung von Einführbestecken vertraut sein, um Probleme und Komplikationen zu vermeiden. Kontrollieren Sie regelmäßig das Einführungsbesteck während der Anwendung, und überwachen Sie den Patienten auf Zeichen entsprechender Komplikationen. Komplikationen sind in Abhängigkeit von gewähltem Gefäßzugang und der Technik unterschiedlich. Komplikationen können u.a. Pneumothorax, Hämatothorax, arterielle Gefäßperforation, Schädigung des Plexus brachialis, Verletzung des Ductus thoracicus, lokale und systemische Infektion bis hin zu Sepsis, Thrombosen, Luftembolie, Katheterembolie, Katheterfehlagen, Perikardtamponade durch Gefäß- oder Herzwandperforation sein. Nur ein geeigneter Gefäßkatheter darf sich ständig im Lumen des Einführbestecks befinden. Dilatoren sind nicht geeignet und müssen nach der Einführung der Schleuse entfernt werden. Zum kurzzeitigen Verschluss der Schleuse gibt es einen Obturator als Zubehör.

**MultiCath/ MultiStar/ SELDIPUR/ MultiCath Expert/ LeaderCath Expert**  
**Codice 155., 157., 158., 159./ 6155., 6158., 6159./ 128./ 8155., 8157., 8158., 8159., 8128.**

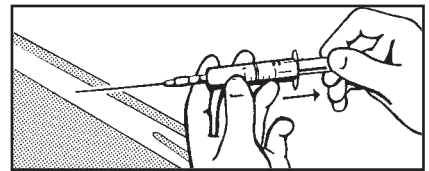
Mode d'emploi

**Avant la mise en place du cathéter:**  
 1. Désinfecter le point de ponction veineux choisi. Mettre en place des champs stériles. Pratiquer une anesthésie locale. N.B. Placer le patient dans la position de Trendelenbourg pour éviter une embolie gazeuse et faciliter le repérage veineux.

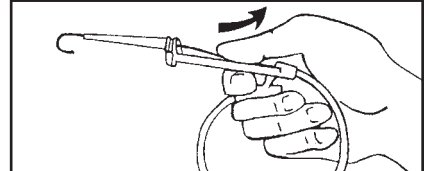
2. Evaluer la longueur nécessaire du cathéter à introduire. Un marquage centimétrique à partir de 90 mm, facilite cette évaluation.

3. Identifier les différents lignes et les embases correspondantes du cathéter. Associer l'utilisation des lumières de diamètres différents aux différentes situations cliniques. Les débits de chaque lumière sont indiqués sur l'emballage.

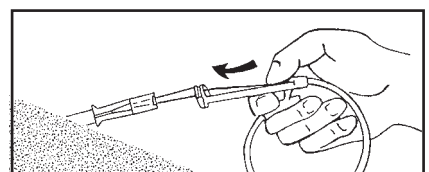
4. Purger et obturer toutes les lumières, excepté la lumière distale par laquelle passera le guide métallique lors de l'introduction. Aspirer si nécessaire.



5. Ponctionner la veine choisie à l'aide de l'aiguille introduitrice montée sur seringue. Confirmer la bonne position de l'aiguille par le reflux sanguin.



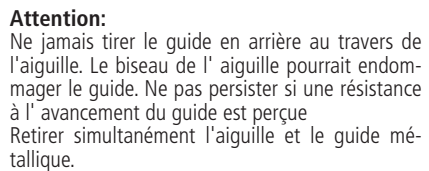
6. Détacher la seringue. Faire reculer le "J" du guide à l'intérieur du pousse-guide et enlever le protecteur.



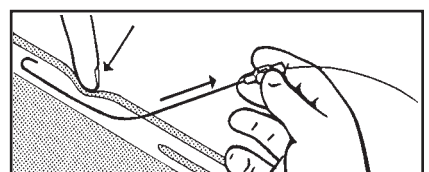
Insérer délicatement le pousse-guide dans l'embase de l'aiguille et faire avancer le guide de quelques centimètres, avec le pouce, dans le vaisseau au travers de l'aiguille.



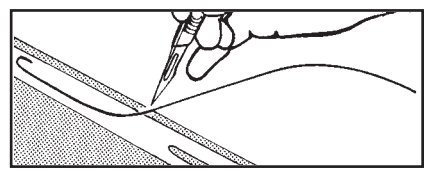
Glisser délicatement le pousse-guide hors de l'embase de l'aiguille et le reculer d'environ 5 cm. Bloquer le guide en replaçant le pouce sur la plateforme du pousse-guide. Poursuivre l'introduction du guide en déplaçant l'ensemble en direction de l'embase de l'aiguille et répéter l'opération jusqu'à ce que le guide se trouve dans une position satisfaisante.



Maintenir le guide en place et retirer complètement le pousse-guide.

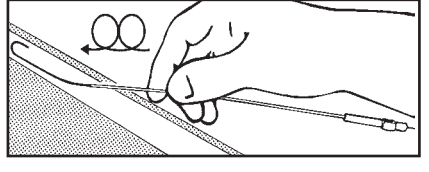


8. Le site de la ponction veineuse peut être élargi à l'aide d'un scalpel. Attention à ne pas endommager le guide métallique.



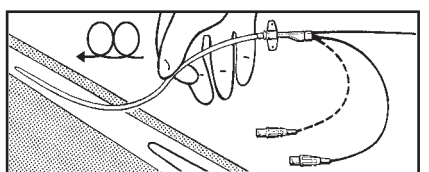
F

9. Dilater le point d'entrée vasculaire à l'aide du dilateur en enfilant celui-ci sur le guide métallique.

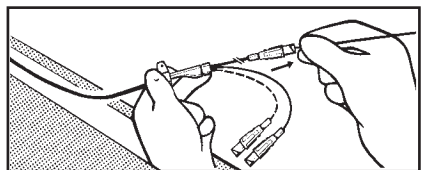


**Attention:**  
 Lors du passage du cathéter ou du dilateur sur le guide métallique, s'assurer que la longueur exposée du guide est toujours suffisante pour pouvoir bien le tenir. Le dilateur ne sert qu'à préparer le passage du cathéter et faciliter son insertion. Il doit être retiré immédiatement après avoir pénétré dans le vaisseau.

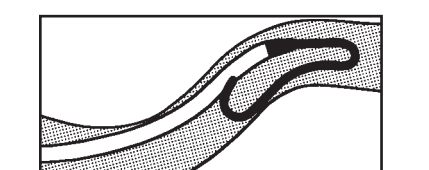
10. Tenir le cathéter près de la peau et le faire avancer sur le guide dans le vaisseau en exerçant un léger mouvement de vrille. Utiliser les marques visibles sur le cathéter afin de bien le positionner dans le vaisseau.



11. Maintenir le cathéter en place et retirer le guide avec précaution.

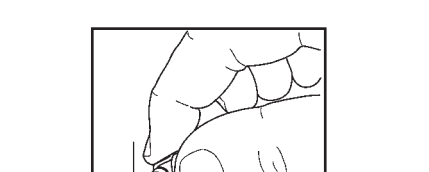
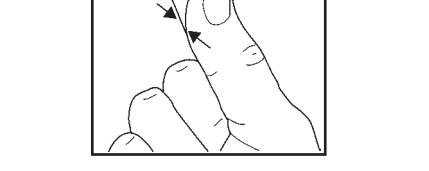
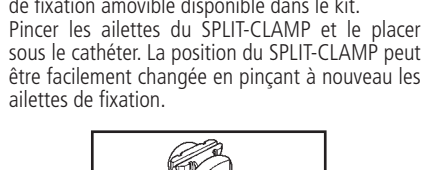


Si l'on perçoit une résistance lors du retrait du guide, celle-ci peut être due à une plicature du guide dans le vaisseau ; surtout, ne pas insister. Retirer le cathéter d'environ 2-3 cm et essayer de nouveau de retirer le guide. Si une résistance devait à nouveau être perçue, interrompre la procédure et retirer simultanément le cathéter et le guide.

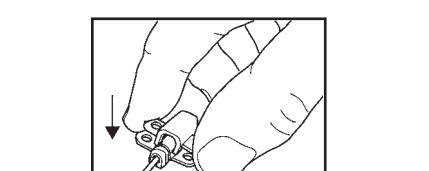


A l'aide d'une seringue, confirmer que la mise en place est correcte en aspirant du sang veineux, puis rincer le cathéter avec du sérum physiologique hépariné.

12. Fixer le cathéter à la peau du patient en le suturant par les orifices prévues dans les ailettes fixes, situées sur l'embase du cathéter. Si nécessaire, une deuxième fixation peut être réalisée grâce au cavalier de fixation amovible disponible dans le kit. Pincer les ailettes du SPLIT-CLAMP et le placer sous le cathéter. La position du SPLIT-CLAMP peut être facilement changée en pinçant à nouveau les ailettes de fixation.



Le cavalier de fixation peut être fixé sur le cathéter en enfonçant le capuchon. Le SPLIT-CLAMP est suturé sur la peau du patient.



Ne pas serrer le cathéter lui-même avec des fils, cela peut endommager sa tubulure ou boucher les lumières.

13. Recouvrir le point de sortie cutané du cathéter d'un pansement selon le protocole de votre hôpital.

14. Vérifier régulièrement le cathéter, le pansement et les connexions dans l'éventualité d'une complication. Prendre des précautions lors de l'utilisation des pinces ou ciseaux à proximité immédiate du cathéter (par ex. lors du changement de pansement) de ne pas l'endommager.

**PRECAUTIONS D'EMPLOI: Lire attentivement avant d'utiliser le cathéter.**

1. Vérifier toujours la position du cathéter par cliché radiologique.

2. Il faut donc choisir une longueur appropriée de cathéter suivant le malade. Pour les approches par le cou gauche, il faut utiliser un cathéter plus long. Si des cathéters plus longs sont utilisés en abord droit, il est impératif de s'assurer qu'ils sont bien positionnés, de bien les fixer et de les surveiller pour qu'ils ne migrent pas.

3. Les complications du cathétérisme central sont nombreuses. En plus des sus-mentionnées, il faut rappeler les suivantes: perforation de la paroi vasculaire, tamponnade cardiaque, hémorragies, lésions pleurales et médiastinales, embolie gazeuse, embolie par cathéter, lésion nerveuse, septicémie, bactériémie, thrombose et perforation artérielle accidentelle. Respecter les protocoles d'utilisation pour éviter une embolie gazeuse (patient en position de Trendelenbourg à la mise en place du cathéter-surveillance attentive des raccords et robinets trois voies). Employer une technique aseptique pour éviter les infections.

4. Éviter d'utiliser en contact prolongé des solvants organiques tels que l'alcool ou l'acétone.

5. N'utiliser que des raccords Luer-lock pour éviter les risques de désolidarisation.

6. Le cathéter ne doit être utilisé qu'avec un perfuseur comprenant un système d'interruption automatique se déclenchant lorsque la pression dépasse 1,5 bar.

7. L'ensemble du personnel doit prendre les précautions nécessaires pour se protéger contre toutes contaminations (H.I.V., virus de l'hépatite...).

8. A utiliser sous la seule responsabilité de praticiens spécialisés.

Sterile. Apyrogène. Stérilisé à l'oxyde d'éthylène. Usage unique. Vérifier l'intégrité du protecteur individuel de stérilité avant usage. Détruire l'objet après usage.

Ce produit ne doit pas être utilisé pour diagnostiquer, contrôler ou traiter un dysfonctionnement du cœur ou du système veineux central.

**MISES EN GARDE IMPORTANTES:**  
 Il faut prendre des précautions particulières pour éviter d'endommager la gaine et d'exposer le patient à des complications. Les complications liées à l'emploi des introducteurs de cathéters sont les suivantes: perforation de la paroi vasculaire, tamponnade cardiaque, hémorragies, lésions pleurales et médiastinales, embolie gazeuse, embolie par cathéter, lésion nerveuse, septicémie, bactériémie, thrombose, perforation artérielle accidentelle. Le dilateur ne peut être utilisé dans ce but et doit être retiré après l'introduction de la gaine.

**MultiCath/ MultiStar/ SELDIPUR/ MultiCath Expert/ LeaderCath Expert**  
**Codice 155., 157., 158., 159./ 6155., 6158., 6159./ 128./ 8155., 8157., 8158., 8159., 8128.**

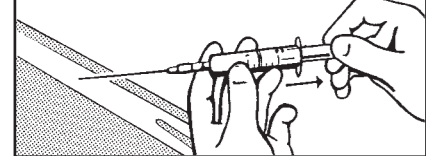
Modalità d'impiego  
**Prima di posizionare il catetere:**  
 1. Disinfettare bene il punto di introduzione venosa. Posizionare i campi sterili. Praticare un'anestesia locale. N.B. Mettere il paziente nella posizione di Trendelenburg per evitare l'embolia gassosa e facilitare l'individuazione della vena.

2. Valutare la lunghezza necessaria del catetere da introdurre. Una marcatura centimetrica a partire da 90 mm facilita questa valutazione.

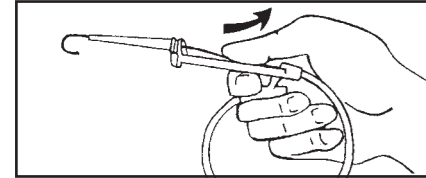
3. Identificare i differenti lumi e le basi corrispondenti del catetere. Prevedere l'utilizzazione di lumi di diametro differente a seconda dei diversi impieghi clinici. La portata di ciascun lume è indicata sulla confezione.

4. Lavare e chiudere tutti i lumi, tranne quello distale per il quale passerà la guida metallica al momento dell'introduzione.

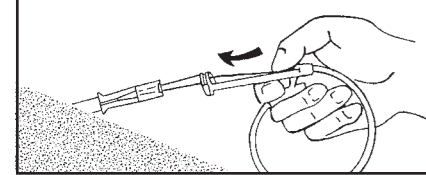
**Posizionamento:**  
 5. Pungere la vena prescelta per mezzo dell'ago introduttore montato sulla siringa. Confermare il buon posizionamento dell'ago osservando il riflusso di sangue. Aspirare se necessario.



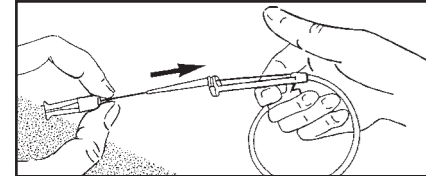
6. Staccare la siringa. Ritirare la 'J' della guida all'interno del raddrizzatore.



Inserire il raddrizzatore nella base dell'ago e avanzare la guida di qualche centimetro nel vaso attraverso l'ago, spingendola con il pollice.

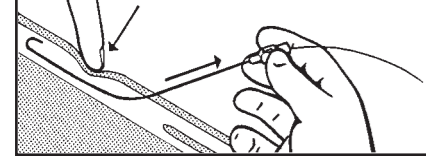


Staccare delicatamente il raddrizzatore fuori dalla base dell'ago e ritirarlo per circa 5 cm. Bloccare la guida mettendo ancora il pollice sulla piattaforma del protettore della guida. Continuare l'introduzione della guida spostando l'insieme verso la base dell'ago e ripetere l'operazione fin quando la guida non si trova in una posizione soddisfacente. Ritirare completamente il protettore della guida mantenendo inserita la guida.

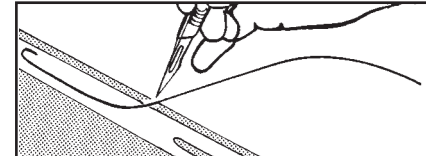


**Attenzione:**  
 Non tirare mai all'indietro la guida attraverso l'ago. Il tagliante dell'ago potrebbe danneggiare la guida. Non insistere se si rileva una resistenza all'avanzamento della guida, ma ritirare contemporaneamente l'ago e la guida metallica.

7. Ritirare l'ago mantenendo inserita la guida metallica.



8. Il punto di introduzione può essere allargato con l'ausilio di un bisturi. Attenzione a non danneggiare la guida metallica.



Non fissare il catetere stesso con dei fili, poiché essi potrebbero danneggiarlo e bloccare i lumi.



**Attenzione:**  
 Durante il passaggio di un catetere o di un dilatatore sulla guida metallica, assicurarsi che la parte di guida che sporge sia sempre sufficiente per poterla tenere bene. Il dilatatore serve solo a preparare il passaggio del catetere e facilitarne l'introduzione. Deve essere ritirato immediatamente dopo essere stato introdotto nel vaso.

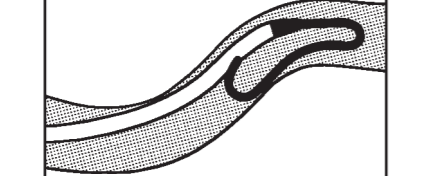


Usare le marcature visibili sul catetere per un buon posizionamento.

11. Mantenere il catetere in sito e ritirare la guida con precauzione.



Se si sente una resistenza durante la rimozione della guida metallica, la punta della guida si potrebbe piegare all'interno della vena. Non insistere, ma ritirare il catetere insieme alla guida per 2 o 3 cm e continuare poi a rimuoverla la guida. Se si sente ancora resistenza, ritirare sia la guida che il catetere contemporaneamente.

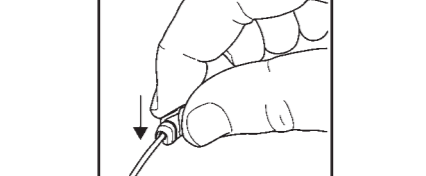


Con l'aiuto di una siringa, verificare il buon posizionamento aspirando del sangue venoso, pulire poi il catetere con soluzione fisiologica con eparina.

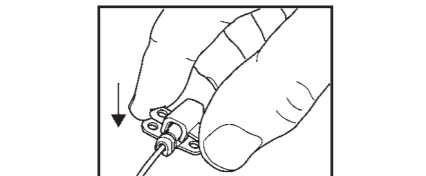
**12. Fissare il catetere al paziente usando le alette integrate al catetere stesso come punto fissaggio primario.**  
 L'aletta flessibile di fissaggio dovrebbe essere usata come punto di fissaggio secondario se necessario. Premere le alette dello SPLIT-CLAMP e fissarlo sotto il catetere. La posizione dello SPLIT-CLAMP può essere facilmente cambiata premendo di nuovo sulle alette di fissaggio.



Il cavaliere di fissaggio può essere fissato sul catetere premendo sulla parte superiore. Lo SPLIT-CLAMP è surtato sulla pelle del paziente.



Il cavaliere di fissaggio può essere fissato sul catetere premendo sulla parte superiore. Lo SPLIT-CLAMP è surtato sulla pelle del paziente.



Non fissare il catetere stesso con dei fili, poiché essi potrebbero danneggiarlo e bloccare i lumi.

**MultiCath/ MultiStar/ SELDIPUR/ MultiCath Expert/ LeaderCath Expert**  
**Codice 155., 157., 158., 159./ 6155., 6158., 6159./ 128./ 8155., 8157., 8158., 8159., 8128.**

**13. Ricoprire il punto di uscita cutaneo del catetere con una medicazione seguendo il protocollo in vigore.**

**14. Ispezionare regolarmente il catetere, la medicazione e i collegamenti per rilevare eventuali complicanze.** Fare molta attenzione quando si utilizzano pinze e forbici in prossimità del catetere (p.es. al cambio della medicazione) per non danneggiarlo.

**Precauzioni d'uso: Da leggere attentamente prima di utilizzare il catetere.**

1. Verificare sempre la posizione del catetere con una radiografia.

2. Scegliere quindi la lunghezza appropriata in base al paziente. Per l'approccio dalla parte sinistra del collo, bisogna utilizzare un catetere più lungo. Se dei cateteri più lunghi sono utilizzati per un approccio destro, è imperativo assicurarsi che siano ben posizionati, di ben fissarli e di tenerli sotto controllo per evitare che migrino.

3. Le complicanze del cateterismo venoso centrale sono numerose. Oltre a quanto detto sopra, bisogna ricordare le seguenti: perforazione della parete vascolare, tamponamento cardiaco, emorragie, lesioni pleuriche e mediastiniche, embolia gassosa, embolia da catetere, lesione nervosa, setticemia, batteriemia, trombosi e perforazione arteriosa accidentale. Rispettare i protocolli d'uso per evitare il problema dell'embolia gassosa (paziente in posizione di Trendelenburg quando si posiziona il catetere; attenta sorveglianza dei raccordi e dei rubinetti a tre vie). Utilizzare tecniche asettiche per evitare infezioni.

4. Evitare di mantenere in contatto prolungato con solventi organici come l'alcol e l'acetone.

5. Utilizzare solo raccordi Luer-lock per evitare rischi di deconnessione.

6. Usare una linea di infusione con sistema di interruzione automatica che intervenga se la pressione di infusione supera i 1,5 bar.

7. Tutto il personale deve prendere le precauzioni necessarie per proteggersi da ogni contaminazione (HIV, Virus dell'epatite...)

8. Da usarsi solo sotto la responsabilità di un medico qualificato.

Sterile. Apirogeno. Sterilizzato ad Ossido di Etilene. Monouso. Verificare l'integrità dell'involucro prima dell'uso. Distruggere dopo l'uso.

Non usare questo prodotto per la diagnosi, controllo o trattamento di un difetto del cuore o del sistema venoso centrale.

**AVVERTENZE IMPORTANTI**  
 Bisogna prendere delle precauzioni particolari per evitare di danneggiare la guaina e di esporre il paziente a complicanze. Le complicanze correlabili all'impiego degli introduttori di cateteri sono le seguenti: perforazioni della parete vascolare, tamponamento cardiaco, emorragie, lesioni pleuriche e mediastiniche, embolia gassosa, embolia da catetere, lesione nervosa, setticemia, batteriemia, trombosi, perforazione arteriosa accidentale.

1. Mediante una siringa montata sopra una aguja o sopra il catetere corto introductor, localizar el vaso, puncionar y confirmar su localización por aspiración libre de sangre venosa.

2. Desconectar la jeringa. Introducir lentamente la guía hasta la posición deseada.

**Atención:**  
 Antes de utilizar la guía, examinar sus extremidades. Para emplear la extremidad en 'J' utilizar el enderezador de plástico para poner recta esta extremidad antes de insertarla. Puede ser útil dar a la guía metálica en 'J' un movimiento de rotación para facilitar su progresión.



**MultiCath/ MultiStar/ SELDIPUR/ MultiCath Expert/ LeaderCath Expert**  
**Codice 155., 157., 158., 159./ 6155., 6158., 6159./ 128./ 8155., 8157., 8158., 8159., 8128.**

**Modo de empleo**  
 Leer atentamente el modo y las precauciones de empleo antes del uso

**PRECAUCIONES DE EMPLEO:**  
 1. Siempre verificar la posición del catéter por radiografía. La posición correcta depende de la utilización clínica del catéter.

Para la medida de la presión venosa central o para la nutrición parenteral total, la extremidad del catéter debe estar en la vena cava superior enfrente de D5.

Demasiado avanzado, el catéter puede provocar una erosión y una perforación de la vena cava superior, de la aurícula derecha o del ventrículo derecho así como hemorragias pericardiales, tamponamiento cardiaco o trastornos del ritmo cardiaco.

2. Entonces se debe elegir según el paciente, una longitud apropiada. Para las colocaciones por el lado izquierdo se debe utilizar un catéter más largo. Si se utiliza un catéter más largo colocado por el lado derecho, es imperativo asegurarse de su buena posición y fijación y verificar que el catéter no migre.

3. Las complicaciones liadas al cateterismo central son numerosas. Además de las arriba mencionadas hay que recordar las siguientes: perforación de la pared vascular, tamponamiento cardiaco, hemorragias, lesiones pleurales y mediastínicas, embolia gaseosa, embolia por catéter, lesión del canal torácico, septicemia, bacteriemia, trombosis y perforación arterial accidental.

Respetar los protocolos vigentes de utilización para evitar una embolia gaseosa (paciente en posición de Trendelenburg durante la colocación del catéter - atenta vigilancia de los racores y llaves de tres vías). Utilizar una técnica aséptica para evitar las infecciones.

4. Evitar dejar el catéter en contacto prolongado con los disolventes orgánicos como el alcohol o la acetona.

5. Utilizar solamente racores Luer-lock para evitar los riesgos de desconexión.

6. La totalidad del personal debe tomar las precauciones necesarias para protegerse contra la contaminación (HIV, hepatitis...)

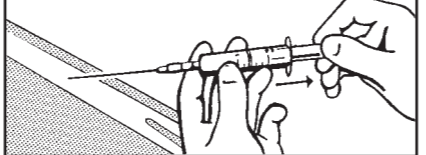
ANTES DE LA COLOCACION DEL CATETER:

1. Desinfectar el punto de punción venoso elegido. Situar los campos estériles y proceder a una anestesia local.

Poner al paciente en posición de Trendelenburg moderada (si es apropiado) para evitar una embolia gaseosa y facilitar la localización de la vena elegida.

2. Identificar las vías del catéter con sus pabellones correspondientes. Se asocia la utilización de las vías de distintos diámetros a los distintos tratamientos. Sobre el embalaje se indica los flujos de cada vía.

3. Antes de la colocación del catéter, purgar la vía proximal y media inyectando una solución heparinizada a través del tapón con membrana de látex.



2. Desconectar la jeringa. Introducir lentamente la guía hasta la posición deseada.

**Atención:**  
 Antes de utilizar la guía, examinar sus extremidades. Para emplear la extremidad en 'J' utilizar el enderezador de plástico para poner recta esta extremidad antes de insertarla. Puede ser útil dar a la guía metálica en 'J' un movimiento de rotación para facilitar su progresión.

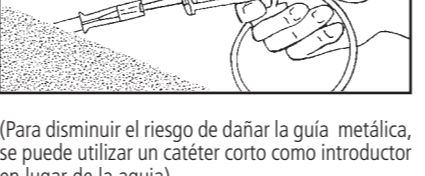


**MultiCath/ MultiStar/ SELDIPUR/ MultiCath Expert/ LeaderCath Expert**  
**Codice 155., 157., 158., 159./ 6155., 6158., 6159./ 128./ 8155., 8157., 8158., 8159., 8128.**

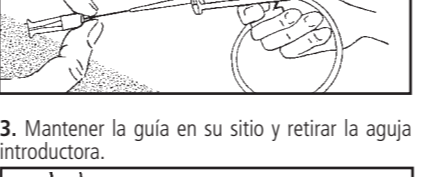
Mediante una jeringa, verificar el reflujo sanguíneo por la vía principal (distal).

8. Mediante las llaves de 3 vías, conectar las vías del catéter a las perfusiones elegidas.

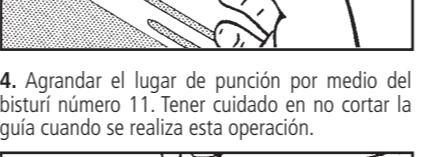
9. Fijar el catéter al paciente utilizando la superficie total de las aletas como una zona de sutura primaria. Se usará si es necesario la aleta de fijación flexible como una zona de fijación secundaria. **Nunca suturar directamente sobre el catéter.**



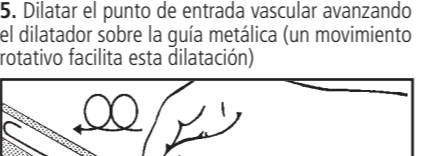
(Para disminuir el riesgo de dañar la guía metálica, se puede utilizar un catéter corto como introductor en lugar de la aguja.)



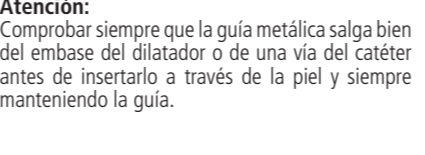
3. Mantener la guía en su sitio y retirar la aguja introductora.



4. Agrandar el lugar de punción por medio del bisturi número 11. Tener cuidado en no cortar la guía cuando se realiza esta operación.



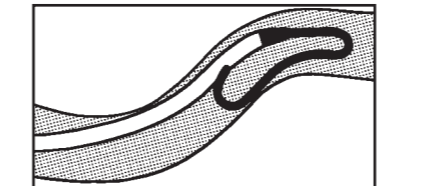
5. Dilatar el punto de entrada vascular avanzando el dilatador sobre la guía metálica (un movimiento rotativo facilita esta dilatación)



**Atención:**  
 Comprobar siempre que la guía metálica salga bien del embase del dilatador o de una vía del catéter antes de insertarlo a través de la piel y siempre manteniendo la guía.



Si notamos una resistencia al retirar la guía metálica, la extremidad de esta puede torcerse dentro del vaso. No insista pero retire el catéter a 2 o 3 cm de la guía metálica y siga con la retirada de esta. Si sigue notando una resistencia retire simultáneamente el catéter y la guía metálica.



**MultiCath/ MultiStar/ SELDIPUR/ MultiCath Expert/ LeaderCath Expert**  
**Codice 155., 157., 158., 159./ 6155., 6158., 6159./ 128./ 8155., 8157., 8158., 8159., 8128.**

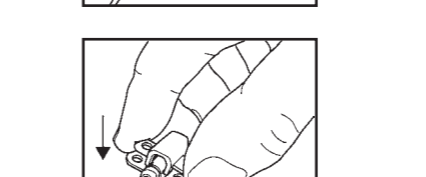
Mediante una jeringa, verificar el reflujo sanguíneo por la vía principal (distal).

8. Mediante las llaves de 3 vías, conectar las vías del catéter a las perfusiones elegidas.

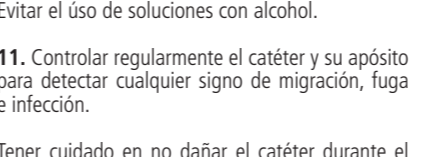
9. Fijar el catéter al paciente utilizando la superficie total de las aletas como una zona de sutura primaria. Se usará si es necesario la aleta de fijación flexible como una zona de fijación secundaria. **Nunca suturar directamente sobre el catéter.**



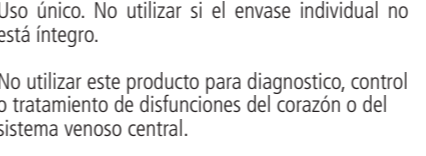
(Para disminuir el riesgo de dañar la guía metálica, se puede utilizar un catéter corto como introductor en lugar de la aguja.)



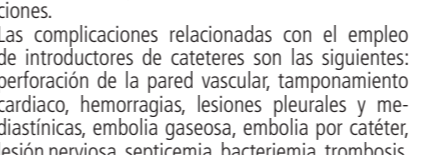
3. Mantener la guía en su sitio y retirar la aguja introductora.



4. Agrandar el lugar de punción por medio del bisturi número 11. Tener cuidado en no cortar la guía cuando se realiza esta operación.



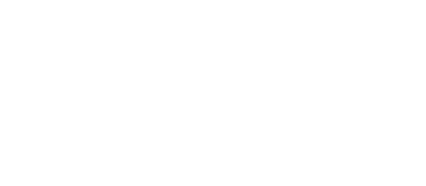
5. Dilatar el punto de entrada vascular avanzando el dilatador sobre la guía metálica (un movimiento rotativo facilita esta dilatación)



**Atención:**  
 Comprobar siempre que la guía metálica salga bien del embase del dilatador o de una vía del catéter antes de insertarlo a través de la piel y siempre manteniendo la guía.



Si notamos una resistencia al retirar la guía metálica, la extremidad de esta puede torcerse dentro del vaso. No insista pero retire el catéter a 2 o 3 cm de la guía metálica y siga con la retirada de esta. Si sigue notando una resistencia retire simultáneamente el catéter y la guía metálica.

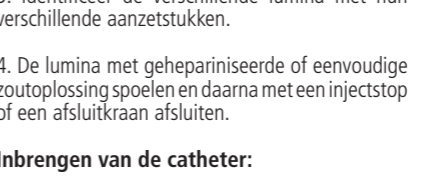


**MultiCath/ MultiStar/ SELDIPUR/ MultiCath Expert/ LeaderCath Expert**  
**Codice 155., 157., 158., 159./ 6155., 6158., 6159./ 128./ 8155., 8157., 8158., 8159., 8128.**

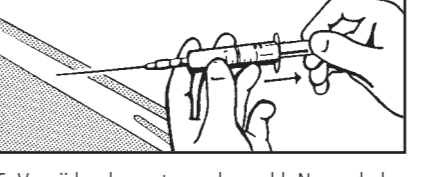
Mediante una jeringa, verificar el reflujo sanguíneo por la vía principal (distal).

8. Mediante las llaves de 3 vías, conectar las vías del catéter a las perfusiones elegidas.

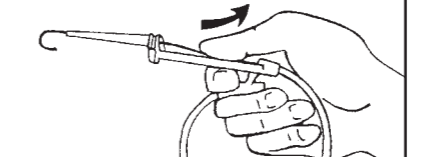
9. Fijar el catéter al paciente utilizando la superficie total de las aletas como una zona de sutura primaria. Se usará si es necesario la aleta de fijación flexible como una zona de fijación secundaria. **Nunca suturar directamente sobre el catéter.**



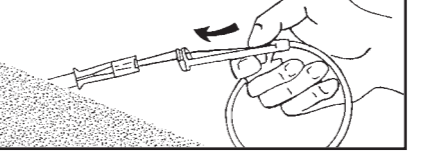
(Para disminuir el riesgo de dañar la guía metálica, se puede utilizar un catéter corto como introductor en lugar de la aguja.)



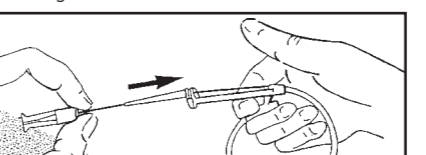
3. Mantener la guía en su sitio y retirar la aguja introductora.



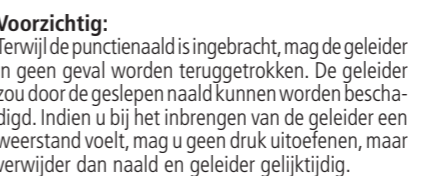
4. Agrandar el lugar de punción por medio del bisturi número 11. Tener cuidado en no cortar la guía cuando se realiza esta operación.



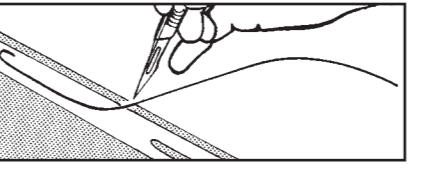
5. Dilatar el punto de entrada vascular avanzando el dilatador sobre la guía metálica (un movimiento rotativo facilita esta dilatación)



**Atención:**  
 Comprobar siempre que la guía metálica salga bien del embase del dilatador o de una vía del catéter antes de insertarlo a través de la piel y siempre manteniendo la guía.



Si notamos una resistencia al retirar la guía metálica, la extremidad de esta puede torcerse dentro del vaso. No insista pero retire el catéter a 2 o 3 cm de la guía metálica y siga con la retirada de esta. Si sigue notando una resistencia retire simultáneamente el catéter y la guía metálica.



**MultiCath/ MultiStar/ SELDIPUR/ MultiCath Expert/ LeaderCath Expert**  
**Codice 155., 157., 158., 159./ 6155., 6158., 6159./ 128./ 8155., 8157., 8158., 8159., 8128.**

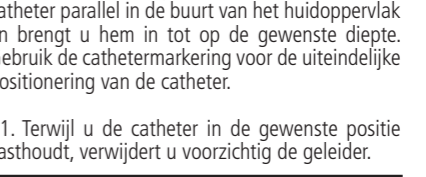
Mediante una jeringa, verificar el reflujo sanguíneo por la vía principal (distal).

8. Mediante las llaves de 3 vías, conectar las vías del catéter a las perfusiones elegidas.

9. Fijar el catéter al paciente utilizando la superficie total de las aletas como una zona de sutura primaria. Se usará si es necesario la aleta de fijación flexible como una zona de fijación secundaria. **Nunca suturar directamente sobre el catéter.**



(Para disminuir el riesgo de dañar la guía metálica, se puede utilizar un catéter corto como introductor en lugar de la aguja.)



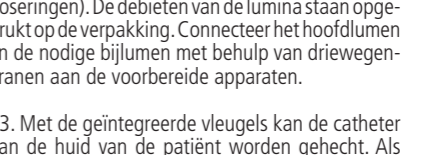
3. Mantener la guía en su sitio y retirar la aguja introductora.



4. Agrandar el lugar de punción por medio del bisturi número 11. Tener cuidado en no cortar la guía cuando se realiza esta operación.



5. Dilatar el punto de entrada vascular avanzando el dilatador sobre la guía metálica (un movimiento rotativo facilita esta dilatación)



**Atención:**  
 Comprobar siempre que la guía metálica salga bien del embase del dilatador o de una vía del catéter antes de insertarlo a través de la piel y siempre manteniendo la guía.



Si notamos una resistencia al retirar la guía metálica, la extremidad de esta puede torcerse dentro del vaso. No insista pero retire el catéter a 2 o 3 cm de la guía metálica y siga con la retirada de esta. Si sigue notando una resistencia retire simultáneamente el catéter y la guía metálica.

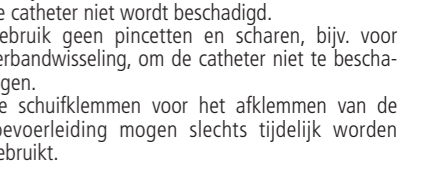


**MultiCath/ MultiStar/ SELDIPUR/ MultiCath Expert/ LeaderCath Expert**  
**Codice 155., 157., 158., 159./ 6155., 6158., 6159./ 128./ 8155., 8157., 8158., 8159., 8128.**

Mediante una jeringa, verificar el reflujo sanguíneo por la vía principal (distal).

8. Mediante las llaves de 3 vías, conectar las vías del catéter a las perfusiones elegidas.

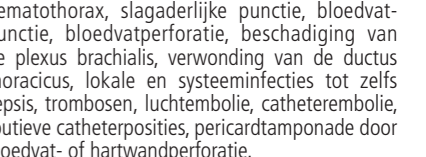
9. Fijar el catéter al paciente utilizando la superficie total de las aletas como una zona de sutura primaria. Se usará si es necesario la aleta de fijación flexible como una zona de fijación secundaria. **Nunca suturar directamente sobre el catéter.**



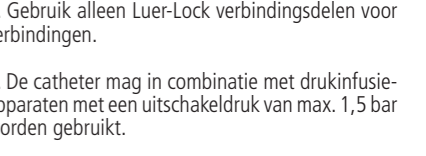
(Para disminuir el riesgo de dañar la guía metálica, se puede utilizar un catéter corto como introductor en lugar de la aguja.)



3. Mantener la guía en su sitio y retirar la aguja introductora.



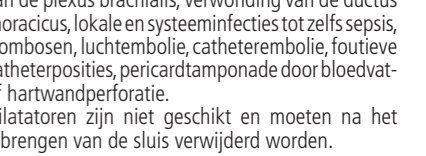
4. Agrandar el lugar de punción por medio del bisturi número 11. Tener cuidado en no cortar la guía cuando se realiza esta operación.



5. Dilatar el punto de entrada vascular avanzando el dilatador sobre la guía metálica (un movimiento rotativo facilita esta dilatación)



**Atención:**  
 Comprobar siempre que la guía metálica salga bien del embase del dilatador o de una vía del catéter antes de insertarlo a través de la piel y siempre manteniendo la guía.



Si notamos una resistencia al retirar la guía metálica, la extremidad de esta puede torcerse dentro del vaso. No insista pero retire el catéter a 2 o 3 cm de la guía metálica y siga con la retirada de esta. Si sigue notando una resistencia retire simultáneamente el catéter y la guía metálica.

