

# CHECK-LIST

## « POSE D'UN CATHETER VEINEUX CENTRAL (CVC) OU AUTRE DISPOSITIF VASCULAIRE (DV) »

Identification du patient  
Etiquette du patient ou  
Nom, prénom, date de naissance



Identité visuelle  
de l'établissement

Date : .....

Lieu et mise en place : .....

.....

URGENCE  Oui  Non

**OPÉRATEUR**

Nom : .....

Si junior, encadré par : .....

Check-list renseignée par : .....

**TYPE DE MATÉRIEL**

CVC  CVC bioactif

CVC tunnelisé  Chambre implantable

CVC Dialyse  Autres (PICC, etc.)

**VOIE D'ABORD VASCULAIRE**

Autres renseignements utiles

**AVANT LA MISE EN PLACE**

- Identité du patient vérifiée  Oui  Non
- Patient / famille informé  Oui  Non
- **ÉVALUATION DES RISQUES**  Oui  Non  
*Risque hémorragique, allergie, contre-indications anatomique ou pathologique*
- Choix argumenté du site d'insertion  Oui  Non
- Choix concerté du matériel  Oui  Non
- Préparation cutanée appropriée  Oui  Non
- Monitoring approprié  Oui  Non
- Vérification du matériel  Oui  Non  
*Date de péremption, intégrité de l'emballage*
- Échographie  Oui  Non

**PENDANT LA MISE EN PLACE**

- **PROCÉDURES D'HYGIÈNE**
  - DéterSION/désinfection avec antiseptique alcoolique  Oui  Non
  - Conditions d'asepsie chirurgicale  Oui  Non
- Vérifications per opératoires des matériels
  - Mécanique
    - Solidité des connexions  Oui  Non
  - Positionnelle
    - Extrémité du cathéter  Oui  Non
  - **FONCTIONNELLE**
    - Reflux sanguin  Oui  Non
    - Système perméable  Oui  Non
- Vérification de la fixation du dispositif  Oui  Non
- Pose d'un pansement occlusif  Oui  Non
- Si utilisation différée, fermeture du dispositif
  - En accord avec la procédure locale  Oui  Non

**APRÈS LA MISE EN PLACE**

- **CONTRÔLE CVC / DV**
  - Position du CVC vérifiée  Oui  Non
  - Recherche de complication  Oui  Non
- **TRAÇABILITÉ / COMPTE RENDU**  Oui  Non  
*Matériel, technique, nombre de ponctions, incident*
- Prescriptions pour le suivi après pose  Oui  Non
- Documents remis au patient  Oui  Non

**COMMENTAIRE** *(en cas de réponse négative)*

CETTE CHECK-LIST N'EST PAS EXHAUSTIVE (ET CE D'AUTANT QU'ELLE CONCERNE DIFFÉRENTES SPÉCIALITÉS ET MODES D'UTILISATION DES ABORDS VASCULAIRES CENTRAUX), C'EST POURQUOI TOUTES MODIFICATIONS SONT ENCOURAGÉES POUR S'ADAPTER AUX PRATIQUES SPÉCIFIQUES DE VOTRE SPÉCIALITÉ OU DE VOTRE ÉTABLISSEMENT. NÉANMOINS, SELON L'AVIS DU GROUPE DE TRAVAIL, TOUTE GRILLE COMPORTANT UNE RÉDUCTION OU UN ÉLARGISSEMENT DES CRITÈRES VÉRIFIÉS DEVRAIT COMPORTER TOUS LES ITEMS EN MAJUSCULES.