**Протокол**
**катетеризации центральной вены**
(медицинская услуга 11.12.001)

1. **Манипуляция**: экстренная – 1; плановая – 2

2. **Показания**: недоступность и (или) плохая выраженность периферических вен – 1; контроль ЦВД, ДЗЛА – 2; парентеральное питание гиперосмолярными растворами –3; экстракорпоральные методы лечения – 4; замена катетера – 5.

3. **Место проведения**: операционная – 1; отделение (палата) реанимации и интенсивной терапии – 2; другое место\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. В асептических условиях, под местной анестезией \_\_\_\_\_\_\_\_, общим обезболиванием\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, произведена пункция с последующей катетеризацией **магистрального венозного сосуда методом Сельдингера, методом «катетер на игле»**: внутренняя яремная вена правая – 1; внутренняя яремная вена левая – 2; наружная яремная вена правая – 3; наружная яремная вена левая – 4; подключичная вена правая – 5; подключичная вена левая – 6; бедренная вена правая – 7; бедренная вена левая – 8 (доступ надключичный, подключичный).

5. Пункция произведена с\_\_\_ попытки, диаметр катетера\_\_\_\_мм (G = \_\_\_\_\_ )

6. **Технические трудности** во время выполнения операции катетеризации вены: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. **ЦВД**\_\_\_\_\_\_\_\_ мм водного столба.

8. **Катетер фиксирован** лигатурой, лейкопластырем, другим способом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

9. **Асептическая повязка** наложена: да – 1; нет – 2.

10. **Интравенозное положение катетера** верифицировано через \_\_\_\_\_\_\_(указать время) при контроле: свободным обратным током крови **-** 1**,** рентгенологически – 2; УЗИ – 3.

11. **Инфузионно-трансфузионная терапия**: начата – 1; продолжена – 2

**ФИО врача анестезиолога-реаниматолога \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись**

12. **Катетер удален**: число \_\_\_\_месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_год \_\_\_\_\_\_время \_\_\_\_\_\_\_

13. **Асептическая повязка** наложена: да -1; нет -2

14. **Осложнения** во время использования катетера: не отмечались – 1; отмечались – 2

15. **Отмеченные осложнения в виде\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** требовали дополнительных лечебных мероприятий (перечислить):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ФИО врача анестезиолога-реаниматолога /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ подпись**

***Примечание.*** *При наличии нескольких вариантов ответов, нужный подчеркнуть.*