

CHECK-LIST INSTALLATION DE CEC

Etiquette patient

DATE:

Perfusionniste:

N° de salle:

N° pompe:

N° cell-saver :

INTERVENTION PREVUE:

POMPE: **OCCLUSIVE**

CENTRIFUGE

ETIREMENT

Un protocole particulier pour cette CEC a été convenu entre chirurgiens, anesthésistes et perfusionnistes: NON / OUI - Si OUI, pourquoi:

UU: intégrité des emballages vérifiée:

UU: témoins de stérilité vérifiés:

UU: dates de péremption vérifiées:

CONSOLE CEC

| | OUI | NON | N/A |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Branchement secteur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Contrôle batterie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Manivelle présente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fluides médicaux branchés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Contrôle débit gaz et FiO ₂ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Absence de fuite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sens rotation vérifié | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Occlusivité pompes à galet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Centrifuge: zéro débitmétrie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

POUSSE - SERINGUES fonctionnels

OUI NON N/A

PLATEAU DROGUES prêt

OUI NON N/A

ECHANGEUR THERMIQUE

| | OUI | NON | N/A |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Branchement secteur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niveau eau | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Températures affichées | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Contrôle chaud-froid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Connexions vérifiées | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Absence de fuites | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

CELL-SAVER

| | OUI | NON | N/A |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Branchement secteur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Branchement vide | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Programme vérifié | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

CIRCUIT CEC

| | OUI | NON | N/A |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Calibration corps pompe OK | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Intégrité oxygénateur et circuit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fixation oxygénateur OK | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Priming et héparine ds circuit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vérification débullage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vide drainage veineux assisté | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Détecteur niveau connecté | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Détecteur bulles connecté | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sens valve anti-retour aspi G | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Clamps fonctionnels | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sondes T° fonctionnelles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chronos fonctionnels | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mesures en ligne connectées | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mesures pressions calibrées | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

CONTROLE ULTIME AVANT DEMARRAGE

| | OUI | NON | N/A |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Branchement secteur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Connexion circuit gaz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gaz et débit FiO ₂ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Générateur thermique fonctionnel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0 fuite et 0 bulles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ligne veineuse clampée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ligne prélèvement fermée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Occlusivité ligne A sur champ op | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Décharge G testée sur champ op | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Purge ligne CP | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

INJECTION HEPARINE:

ACT post-héparine: (secondes)

DEMARRAGE CEC POSSIBLE:

Signature perfusionniste:

Observations: