



Vascu-PICC® WITH CUFF PERIPHERALLY INSERTED
CENTRAL VEIN ACCESS CATHETER
INSTRUCTIONS FOR USE

Vascu-PICC® 附固定環套週邊置入中央靜脈導管組
使 用 說 明 書

Vascu-PICC® 带袖套的经外周置入中心静脉导管套装
使 用 说 明 书

TABLE OF CONTENTS

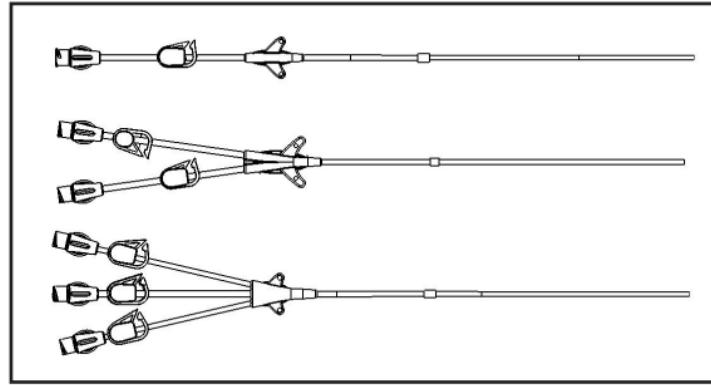
ENGLISH	1
CHINESE (Traditional).....	11
CHINESE (Simplified).....	19

INDICATIONS FOR USE:

- The Vascu-PICC® with cuff Peripherally Inserted Central Vein Catheters are designed for Short-Term or Long-Term central venous catheterization (intravenous administration of fluids, medications, and/or when nutritional therapy is prescribed).
- This catheter may be inserted via the basilic, cephalic, or median cubital vein.

DESCRIPTION:

- This catheter is manufactured from soft radiopaque polyurethane material that provides increased patient comfort and excellent biocompatibility.



CONTRAINDICATIONS:

- This catheter is not intended for any use other than that which is indicated. Do not implant catheter in thrombosed vessels.
- The presence of skin related problems around the insertion site (infection, phlebitis, scars, etc.)
- The presence of device related bacteremia or septicemia.
- History of mastectomy on insertion side.
- Previous history of venous/subclavian thrombosis or vascular surgical procedures at insertion site.
- Fever of unknown origin.

COMMON COMPLICATIONS:

- Aseptic Mechanical Phlebitis
- Catheter Occlusion
- Cellulitis
- Damage/Fracture of Catheter
- Drainage from Insertion Site
- Malposition/Migration
- Pinch-Off Syndrome
- Sepsis
- Thrombosis

POTENTIAL COMPLICATIONS:

- Air Embolism
- Brachial Plexus Injury
- Cardiac Arrhythmia
- Cardiac Tamponade
- Exit Site Infection
- Extravasation
- Hematoma
- Perforation of the Vessel

- Subcutaneous Hematoma
- Thromboembolism
- Vascular Thrombosis
- Before attempting the insertion, ensure that you are familiar with the common and potential complications and their emergency treatment should any of them occur.

WARNINGS:

- In the rare event that a hub or connector separates from any component during insertion or use, take all necessary steps and precautions to prevent blood loss or air embolism and remove the catheter.
- Do not advance the guidewire or catheter if unusual resistance is encountered.
- Do not insert or withdraw the guidewire forcibly from any component. The wire may break or unravel. If the guidewire becomes damaged, the introducer needle or sheath/dilator and guidewire must be removed together.
- Federal Law (USA) restricts this device to sale by or on the order of a physician.



- This catheter is for Single Use Only.
- Do not resterilize the catheter or accessories by any method. 
- Re-use may lead to infection or illness/injury.
- The manufacturer shall not be liable for any damages caused by re-use or resterilization of this catheter or accessories.
- Contents sterile and non-pyrogenic in unopened, undamaged package.
STERILIZED BY ETHYLENE OXIDE

STERILE	EO
---------	----

- Do not use catheter or accessories if package is opened or damaged. 
- Do not use catheter or accessories if any sign of product damage is visible.
- DO NOT use high-pressure injectors for contrast medium studies. Excessive pressures may damage catheter.

CATHETER PRECAUTIONS:

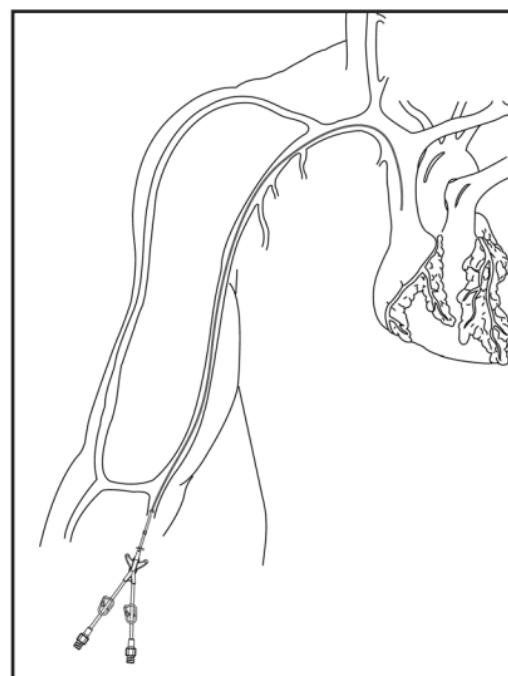
- Small syringes will generate excessive pressure and may damage the catheter. Ten (10)cc or larger syringes are recommended.
- Do not use sharp instruments near the extension lines or catheter lumen.
- Do not use scissors to remove dressing.
- Catheter will be damaged if clamps other than what is provided with this kit are used.

- Clamping of the tubing repeatedly in the same location will weaken tubing. Avoid clamping near the luer(s) and hub of the catheter.
- Examine catheter lumen and extension(s) before and after each infusion for damage.
- To prevent accidents, assure the security of all caps and connections prior to and between treatments.
- Use only Luer Lock (threaded) Connectors with this catheter.
- Repeated overtightening of luer lock connections, syringes, and caps will reduce connector life and could lead to potential connector failure.
- Confirm catheter tip position by x-ray prior to use. Monitor tip placement routinely per institution policy.

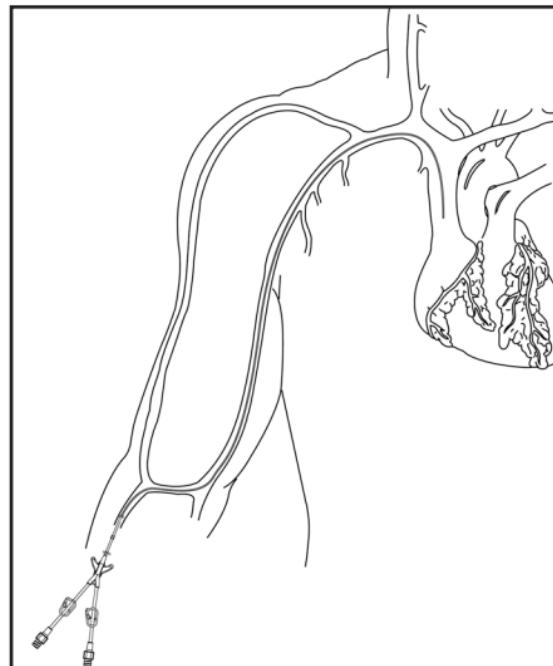
INSERTION SITES:

- The basilic, median cubital, or cephalic vein may be catheterized. The basilic vein is the preferred site.

Basilic Vein



Cephalic Vein



DIRECTIONS FOR SELDINGER INSERTION

- Read instructions carefully before using this device. The catheter should be inserted, manipulated, and removed by a qualified, licensed physician or other qualified health care professional under the direction of a physician.
- The medical techniques and procedures described in these instructions for use do not represent all medically acceptable protocols, nor are they intended as a substitute for the physician's experience and judgment in treating any specific patient.
- Use standard hospital protocols when applicable.

PRIOR TO PLACEMENT:

Identify Insertion Site and Vein, taking into account the following variables:

- patient diagnosis
- age and size of patient
- unusual anatomical variables
- type and purpose of IV therapy
- anticipated dwell time of catheter

1. Apply tourniquet to arm above anticipated insertion site.
2. Select vein based on assessment.
3. Release tourniquet.

PREPARE CATHETER:

4. Preflush catheter.

Note: For insertion with a stiffening stylet, see Alternate Insertion Technique using Stiffening Stylet and Sideport Adaptor Section.

- Attach needleless access port(s) to female luer(s) of catheter.
- Attach a saline filled syringe to the needleless access port and completely flush catheter. For multi-lumen catheters, flush all lumens. Remove syringe(s) prior to clamping extension(s).

Caution: The needleless access port should not be used with needles, blunt cannula, or other non-luer connectors, or luer connectors with visible defects. If needle access is attempted, the needleless access port must be replaced immediately. Do not exceed 100 actuations.

INSERTION:

5. Strict aseptic technique must be used during insertion, maintenance, and catheter removal procedures. Provide a sterile operative field. Use sterile drapes, instruments, and accessories. Perform surgical scrub. Wear gown, cap, gloves, and mask.
6. Apply tourniquet to arm above anticipated insertion site to distend the vein.
7. Anesthetize insertion site and make a small incision with scalpel. Use hemostat to make a small pocket 1cm deep to accommodate cuff.

8. Insert the introducer needle on a shallow trajectory to allow for approximately 3cm between the incision and the point where the catheter will enter the target vein. Aspirate to insure proper placement. Release tourniquet.

Note: Plan shallow trajectory using ultrasound and contrast venogram/fluoroscopy techniques, if necessary. Check patient's renal function and contrast allergy history if contrast use is planned.

9. Remove the syringe and place thumb over the end of the needle to prevent blood loss or air embolism. Draw the flexible end of marked .018" guidewire back into advancer so that only the end of the guidewire is visible. Insert the advancer's distal end into the needle hub. Advance guidewire with forward motion into and past the needle hub into the target vein.

Caution: The length of the wire inserted is determined by the size of the patient. Monitor patient for arrhythmia throughout this procedure. The patient should be placed on a cardiac monitor during this procedure. Cardiac arrhythmias may result if guidewire is allowed to pass into the right atrium. The guidewire should be held securely during this procedure.

10. Remove needle, leaving guidewire in the target vein. Thread sheath/dilator over the proximal end of the guidewire into target vein. Advance the guidewire until it reaches the caval atrial junction. Once the guidewire is in place, measure the depth of the guidewire by reading the markings on the wire. Remove the guidewire leaving the sheath and dilator in the vein. Cap to prevent blood loss or air entry.

Caution: DO NOT bend the sheath/dilator during insertion as bending will cause the sheath to prematurely tear. Hold sheath/dilator close to the tip (approximately 3cm from tip) when initially inserting through the skin surface. To progress the sheath/dilator towards the vein, regrasp the sheath/dilator a few centimeters (approximately 5cm) above the original grasp location and push down on the sheath/dilator. Repeat procedure until sheath/dilator is fully inserted.

Caution: Never leave sheath in place as an indwelling catheter. Damage to the vein will occur.

11. Measure and cut catheter to length determined by marked guidewire.
12. Remove dilator from sheath.
13. Insert distal tip of catheter into and through sheath and advance catheter up to the cuff.
14. Remove the tearaway sheath by slowly pulling it out of the vessel while simultaneously splitting the sheath by grasping the tabs and pulling them apart (a slight twisting motion may be helpful).
15. Advance cuff at least 1-2cm from skin entry site.

Caution: Do not pull apart the portion of the sheath that remains in the vessel. To avoid vessel damage, pull back the sheath as far as possible and tear the sheath only a few centimeters at a time.

16. Make any adjustments to catheter under fluoroscopy. The distal tip should be positioned at the level of the caval atrial junction.

Caution: Do not clamp the lumen portion of the catheter. Clamp only the extension(s). Do not use serrated forceps, use only the in-line clamp(s) provided.

17. Attach syringe(s) to extension(s) and open clamp(s). Blood should aspirate easily. If excessive resistance to blood aspiration is experienced, the catheter may need to be repositioned to obtain adequate flow.
18. Once adequate aspiration has been achieved, lumen(s) should be irrigated with saline filled syringe(s). Clamp(s) should be open for this procedure.

Caution: Small syringes will generate excessive pressure and may damage the catheter. Ten (10)cc or larger syringes are recommended.

19. Remove the syringe(s) and close extension clamp(s). Avoid air embolism by keeping catheter tubing clamped at all times when not in use and by aspirating then irrigating the catheter with saline prior to each use. With each change in tubing connections, purge air from the catheter and all connecting tubing and caps.
20. Confirm and document proper tip placement with fluoroscopy prior to use. The distal tip should be positioned at the level of the caval atrial junction.
21. Close initial incision with suture, if necessary.

Caution: Failure to verify catheter placement may result in serious trauma or fatal complications.

Note: If there is no blood return, verify catheter position before use.

CATHETER SECUREMENT AND WOUND DRESSING:

- The insertion site and external portion of the catheter should always be covered with a protective dressing.
- Cover the exit site with an occlusive dressing according to the facility policy.
 - Record catheter length, catheter lot number, and tip position on patient's chart.

INFUSION

- Before infusion begins all connections should be examined carefully.
- Frequent visual inspection should be conducted to detect leaks to prevent blood loss or air embolism.
- If a leak is found, the catheter should be clamped immediately and replaced.

Caution: Only clamp catheter with in-line clamps provided.

- Necessary remedial action must be taken prior to the continuation of the treatment.

Note: Excessive blood loss may lead to patient shock.

CATHETER MAINTENANCE

- **Dressing Changes** - A dressing should cover the insertion site at all times. The dressing should be changed per institutional policy or any time the dressing becomes soiled, wet, or non-occlusive.

Note: During all dressing changes the external length of the catheter should be assessed to determine if catheter migration has occurred. Periodically confirm catheter placement and tip location.

- **Flushing and Heparinization** - Follow institutional policy for flushing frequency and heparin concentration.
- The catheter should be flushed with normal saline prior to drug administration to remove heparin solution.
- After drug administration each lumen should be flushed again with normal saline and then locked with heparin to maintain patency.

Injection Caps - Injection cap(s) or needleless access port(s) should be changed per institutional policy. If using the supplied needleless access port(s), do not exceed 100 actuations.

CATHETER PERFORMANCE

- Occluded/Partially Occluded Catheter - If resistance is encountered to aspirating or flushing, the lumen may be partially or completely occluded.

Warning: Do not flush against resistance.

- If the lumen will neither aspirate nor flush, and it has been determined that the catheter is occluded with blood, follow institutional declotting procedure.

Infection

Caution: Due to risk of exposure to HIV or other blood borne pathogens, health care professionals should always use Universal Blood and Body Fluid Precautions in the care of all patients.

- Sterile technique should always be strictly adhered to.
- Clinically recognized infection should be treated promptly per institutional policy.

CATHETER REMOVAL

Warning: Only a clinician familiar with the appropriate techniques should attempt the following procedures.

Caution: Always review facility protocol, common complications, potential complications and their treatment, warnings, and precautions prior to catheter removal.

1. Wash hands, gather equipment.
2. Remove old dressing and inspect insertion site for redness, tenderness, and drainage.
3. Grasp catheter near insertion site and using a slow steady motion, remove catheter from vein.

4. If resistance is felt, dissection of the cuff may be necessary.
5. Resume removal procedure. Catheter should be easily removed at this time.
6. Apply pressure, if necessary, until bleeding stops and dress site following institutional policy.

Note: Inspect catheter and measure length. It must be equal to baseline measurement taken when the catheter was inserted.

ALTERNATE INSERTION TECHNIQUE USING STIFFENING STYLET AND SIDEPORT ADAPTOR

PREPARE CATHETER:

1. Preflush catheter, sideport adaptor, and needleless access ports.
- Attach saline filled syringe to luer of sideport adaptor and flush adaptor and catheter. Clamp sideport extension and remove syringe. For multi-lumen catheters attach needleless access port to remaining extension(s) and completely flush all lumens. Remove syringe from access port prior to clamping extension. Flush remaining needleless access port and set aside.

Caution: Never close clamp on catheter stylet; stylet and catheter damage may result.

Caution: The needleless access port should not be used with needles, blunt cannula, or other non-luer connectors, or luer connectors with visible defects. If needle access is attempted, the needleless access port must be replaced immediately. Do not exceed 100 actuations.

INSERTION:

2. Strict aseptic technique must be used during insertion, maintenance, and catheter removal procedures. Provide a sterile operative field. Use sterile drapes, instruments, and accessories. Perform surgical scrub. Wear gown, cap, gloves, and mask.
3. Apply tourniquet to arm above anticipated insertion site to distend the vein.
4. Anesthetize insertion site and make a small incision with scalpel. Use hemostat to make a small pocket 1cm deep to accommodate cuff.
5. Insert the introducer needle on a shallow trajectory to allow for approximately 3cm between the incision and the point where the catheter will enter the target vein. Aspirate to insure proper placement. Release tourniquet.

Note: Plan shallow trajectory using ultrasound and contrast venogram/fluoroscopy techniques, if necessary. Check patient's renal function and contrast allergy history if contrast use is planned.

6. Remove the syringe and place thumb over the end of the needle to prevent blood loss or air embolism. Draw the flexible end of marked .018" guidewire back into advancer so that only the end of the guidewire is visible. Insert the advancer's distal end into the needle hub.

Advance guidewire with forward motion into and past the needle hub into the target vein.

Caution: The length of the wire inserted is determined by the size of the patient. Monitor patient for arrhythmia throughout this procedure. The patient should be placed on a cardiac monitor during this procedure. Cardiac arrhythmias may result if guidewire is allowed to pass into the right atrium. The guidewire should be held securely during this procedure.

7. Remove needle, leaving guidewire in the target vein. Thread sheath/dilator over the proximal end of the guidewire into target vein. Advance the guidewire until it reaches the caval atrial junction. Once the guidewire is in place, measure the depth of the guidewire by reading the markings on the wire. Remove the guidewire leaving the sheath and dilator in the vein.

Caution: DO NOT bend the sheath/dilator during insertion as bending will cause the sheath to prematurely tear. Hold sheath/dilator close to the tip (approximately 3cm from tip) when initially inserting through the skin surface. To progress the sheath/dilator towards the vein, regrasp the sheath/dilator a few centimeters approximately (5cm) above the original grasp location and push down on the sheath/dilator. Repeat procedure until sheath/dilator is fully inserted.

Caution: Never leave sheath in place as an indwelling catheter. Damage to the vein will occur.

8. Loosen locking collar of sideport and withdraw stylet back beyond the point where the catheter is to be trimmed by at least $\frac{1}{4}$ inch (1cm). Cut catheter to length determined by marked guidewire.

Caution: Never attempt to cut stylet.

Caution: Always withdraw stylet back beyond the tip of the catheter prior to insertion.

9. Once proper catheter length and stylet position has been achieved, tighten locking collar to keep stylet in place.
10. Remove dilator from sheath.
11. Insert distal tip of catheter into and through sheath and advance catheter up to the cuff.
12. Remove the tearaway sheath by slowly pulling it out of the vessel while simultaneously splitting the sheath by grasping the tabs and pulling them apart (a slight twisting motion may be helpful).
13. Advance cuff at least 1-2cm from skin entry site.

Caution: Do not pull apart the portion of the sheath that remains in the vessel. To avoid vessel damage, pull back the sheath as far as possible and tear the sheath only a few centimeters at a time.

14. Make any adjustments to catheter under fluoroscopy. The distal tip should be positioned at the level of the caval atrial junction.

Caution: Do not clamp the lumen portion of the catheter. Clamp only the extension(s). Do not use the serrated forceps, use only the in-line clamp(s) provided.

15. Loosen locking collar on sideport. Remove the stylet by applying gentle pressure with one hand above the insertion site while grasping the stylet with the other hand and slowly pulling back with a constant motion. Remove sideport adaptor and replace with needleless access port. Attach saline filled syringe to needleless access port, aspirate lumen and then irrigate with saline. Remove syringe prior to clamping extension.

Caution: If difficulty and/or bunching of the catheter lumen are experienced while removing the stylet, additional flushing of the catheter may be helpful. The catheter may need to be repositioned to allow for removal of the stylet.

Caution: Do not attempt to reinsert stylet once it has been withdrawn.

Caution: Never leave stylet in place after catheter insertion; injury may occur. Remove both stylet and sideport adaptor after insertion.

16. Continue following directions from step #16 of "Insertion" Section.

WARRANTY

Medcomp® WARRANTS THAT THIS PRODUCT WAS MANUFACTURED ACCORDING TO APPLICABLE STANDARDS AND SPECIFICATIONS. PATIENT CONDITION, CLINICAL TREATMENT, AND PRODUCT MAINTENANCE MAY AFFECT THE PERFORMANCE OF THIS PRODUCT. USE OF THIS PRODUCT SHOULD BE IN ACCORDANCE WITH THE INSTRUCTIONS PROVIDED AND AS DIRECTED BY THE PRESCRIBING PHYSICIAN.

Because of continuing product improvement, prices, specifications, and model availability are subject to change without notice. Medcomp® reserves the right to modify its products or contents without notice.

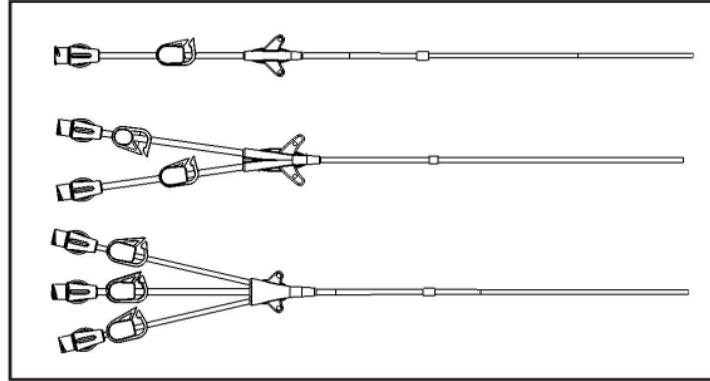
Medcomp® and Vascu-PICC® are trademarks of Medical Components, Inc. registered in the United States.

適應症：

- Vascu-PICC® 附固定環套週邊置入中央靜脈導管組專為短期和長期中央靜脈插管所設計（靜脈注射、給藥或是營養治療）。
- 此導管可插入貴要、頭、及肘正中靜脈。

描述：

- 導管採用可顯影的柔軟聚氨酯材料製成，不僅能提升患者舒適度，還具有極佳的生物相容性。



禁忌症：

- 本產品不可用於指示以外之用途，亦不可植入於血栓的血管內。
- 插管處的表皮出現感染、靜脈炎或傷疤等症狀。
- 出現器材相關的敗血症或細菌感染。
- 插管處有執行過乳房切除術。
- 插管處有執行過靜脈/鎖骨血管栓塞或血管手術。
- 發燒或未知原因。

常見併發症：

- 無菌機械性靜脈炎
- 導管阻塞
- 蜂窩性組織炎
- 導管損壞/斷裂
- 插入部位滲液
- 錯位/位移
- 夾斷綜合症
- 敗血症
- 血栓

潛在併發症：

- 空氣栓塞
 - 臂叢神經損傷
 - 心律不整
 - 心包填塞
 - 穿出部位感染
 - 外滲
 - 血腫
 - 血管穿孔
 - 皮下血腫
 - 血栓栓塞
 - 血管血栓形成
- 進行穿刺前，操作者應充分瞭解上述潛在併發症，並能夠在上述併發症發生時進行緊急處理。

警告：

- 如果發生導管連接埠或連接頭若於插管或使用時鬆脫這類罕見事件，請採取必要之預防性步驟以防止失血或空氣栓塞，並移除導管。
- 如遇阻力請勿強行插入導引線或導管。
- 插入或移除導引線時勿過度施力，以免斷裂或線圈鬆脫。若導引線損壞請一併移除導管及導引線。
- 本產品僅遵醫囑販售。
- 本產品僅限單次使用。
- 請勿將導管及配件重複滅菌。
- 重複使用可能造成感染/疾病或受傷。
- 本產品若經重複使用或滅菌而引發任何損害，製造商將不負擔任何責任。
- 若包裝完好未經開封，則為無菌且無致熱原產品。
- 本產品經EO滅菌

STERILE	EO
---------	----

- 請勿使用包裝已開封或損壞之產品。
- 若產品有任何損壞跡象則請勿使用。
- 請勿以高壓注射顯影劑。壓力過高可能會損壞導管。

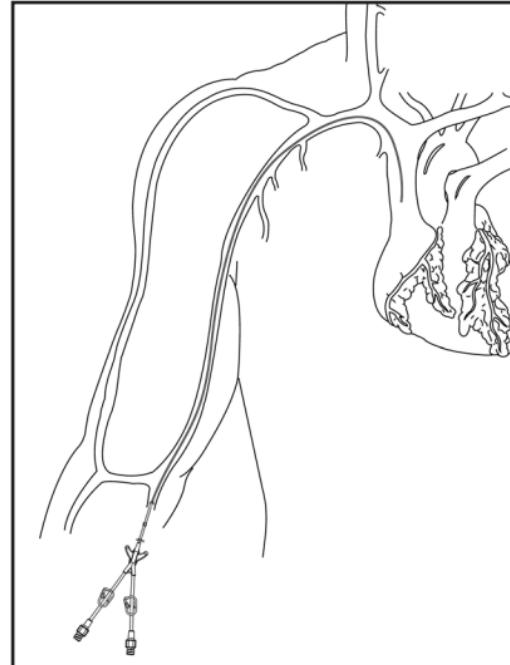
導管注意事項：

- 小針筒會產生過強高壓損壞導管。建議使用10毫升或更大容量的針筒。
- 勿將尖銳物靠近延長管及導管腔。
- 請勿以剪刀移除敷料。
- 若使用非包裝內提供之管夾可能損壞導管。
- 若於同一位置重複夾住管身可能使材質弱化，並應避免夾住導管近魯厄式接頭及分岔樞紐處。
- 使用前後皆須檢查導管腔及延長管是否有損壞。
- 使用前及使用期間皆須檢查注射帽及血液管路是否緊密連接，以免意外。
- 本導管僅能使用魯厄式連接頭。
- 重複地過度旋緊管路、空針筒或注射帽會縮短連接頭壽命，可能造成連接頭損壞。
- 使用前請使用X光攝影確認導管尖端位置。請根據醫院政策監測導管尖端位置。

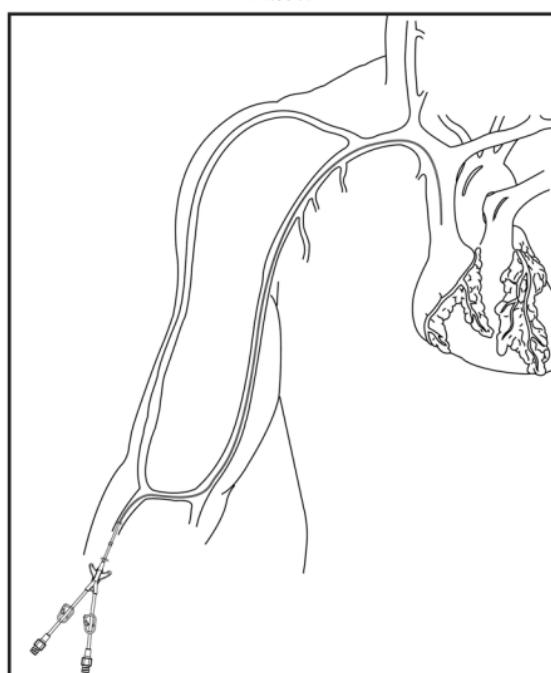
穿刺點：

- 可從貴要靜脈、肘正中靜脈或頭靜脈插管。貴要靜脈為首選部位。

貴要靜脈



頭靜脈



Seldinger穿刺技術說明

- 使用本產品前請詳閱使用說明。植入、使用與移除導管之步驟皆須由合格醫師或其監督下由合格的醫療照護人員進行。
- 本說明書所載之醫療技術與程序無法代表所有醫學認可的方法，亦無法替代醫師個別的治療經驗與判斷。
- 請使用醫院標準程序。

插管前的準備工作

確定插管部位和靜脈，考慮以下因素：

- 病人的診斷結果
- 病人的年齡和體型
- 解剖學異常因素
- IV治療的類型和目的
- 導管預期留置時間

1. 將止血帶綁在上述預期插管之穿刺部位上手臂位置
2. 根據評估結果選擇靜脈
3. 鬆開止血帶

準備導管

4. 預先灌沖導管。

注：如使用硬性導管內芯插入，請見“使用硬性導管內芯和side-port轉接器的替代導管插入術”部分。

- 將無針注射帽連接到導管的母魯厄式接頭。
- 將一個充滿生理鹽水的針筒連接到無針注射帽，徹底灌沖導管。對於多腔導管，應灌沖所有導管腔。夾閉延長管之前，應取下針筒。

注意：無針注射帽不得連接針器、鈍套管、或其它非魯厄式連接器、以及肉眼可見缺陷的魯厄式連接器。一旦使用了針器，無針注射帽必須立即更換。使用不可超過100次。

插入導管

5. 在導管置入、護理及移除過程中必須嚴格執行無菌技術。並建立一個無菌手術區，使用無菌鋪巾、設備及配件。執行外科刷手，穿戴手術衣、手術帽、手套及口罩。
6. 將止血帶綁在上述預期插管之穿刺部位上方手臂位置，以擴張靜脈。
7. 麻醉穿刺點，使用手術刀切一個小切口。使用止血鉗造一個1cm深的口袋用於容納固定環套。
8. 沿表淺的軌跡插入導引針，使切口距導管進入目標靜脈點之間大約3cm。回抽以確認穿刺血管。鬆開止血帶。

注意：如有必要，使用超音波或者靜脈造影技術設計表淺軌跡。如果計畫使用顯影劑，請檢查患者腎臟功能和使用顯影劑歷史紀錄。

9. 取下針筒，拇指堵住導引針尾端防止失血或空氣栓塞。將有長度標記的0.018英吋導引線柔軟尖端退入導引線推送器，只露出導引線尖端。將導引線向前推送，穿過導引針開口進入目標靜脈內。

注意：導引線置入的長度根據病人的體型決定。在此過程中應監測病人是否出現心律失常的跡象。此過程中病人應設置心臟監視器。導引線進入右心房可能導致心律失常。此過程中應保持導引線穩固不動。

10. 拔出導引針，導引線留在目標靜脈。沿導引線近端將導引鞘/擴張器推送入目標靜脈。導引線應到達腔靜脈-心房連接處。導引線到達目標位置後，藉由導引線上的長度標記可得知導引線的插入深度。取出導引線，將導引鞘和擴張器留置。

警告：在放置過程中不要彎曲導引鞘 / 擴張器，否則會導致導引鞘過早撕裂。當開始穿刺表皮時，應握住導引鞘 / 擴張器靠近尖端的部位（距尖端大約3cm）。當導引鞘 / 擴張器進入靜脈時，在原來位置的上方幾釐米（大約5cm）處重新握執導引鞘 / 擴張器並向下推送。重複此過程直至導引鞘 / 擴張器完全置入。

注意：不要把導引鞘當作導管留置在血管內，這樣做會導致血管壁損傷。

11. 根據導引線上標示的確定長度來測量和剪裁導管。
12. 從導引鞘內移除擴張器。
13. 導管遠端插入導引鞘內，推送導管直至固定環套處。
14. 將導引鞘緩慢拔出血管，同時抓住導引鞘的兩耳將其撕開（輕微的扭轉動作可能會有所幫助）。
15. 將固定環套推進至距表皮穿刺部位至少1-2cm深處。

注意：不要撕開還留置在血管內的導引鞘。為避免血管損傷，請盡可能將導引鞘拉出，每次只撕開幾公分。

16. 在螢光透視下調整導管位置。導管末端應置於下腔靜脈與心房交界處。

注意：不要夾住導管的管腔部分。只能夾住延長管。不要使用帶齒的鉗子，只能使用延長管上附的夾子。

17. 將延長管接上針筒並打開管夾，確認所有管路皆可輕易抽吸回血；若管腔抽吸回血時遇有阻力，可能需調整導管位置以確保通暢。。

18. 確認可正常回血後，應以充滿生理食鹽水的針筒灌沖管腔。操作時請先打開延長管夾。。

注意：小針筒會產生過高壓力，可能損壞導管。建議使用10毫升或更大容量的針筒。

19. 移除針筒，並關閉延長管夾。為了避免空氣栓塞，導管不使用時應保持封閉，而且每次使用之前要先回抽血液然後再用生理食鹽水灌沖導管。每次更換導管接頭時，要排除導管和所有連接管及蓋帽內的空氣。

20. 使用前應以螢光透視確認導管尖端處於正確的位置並記錄。導管尖端應位於腔靜脈與心房交會處。

21. 如果需要，請用縫線關閉最初的切口。

注意：未確認導管位置可能會導致嚴重創傷或致命併發症。

注意：如果沒有回血，使用之前應確認導管位置。

導管固定和敷料

- 穿刺部位及導管體外部分應一直覆上保護性敷料。

22. 根據醫院規範，用密封敷料覆蓋穿刺部位。

23. 在病歷上記錄留置導管的長度、導管批號和導管尖端置留位置。

輸液

- 在輸液治療之前應仔細檢查所有連接。
- 經常檢視有無滲漏，以防止出血或空氣栓塞。
- 如果發現滲漏，應立即夾閉導管。

注意：只可使用延長管上附的管夾。

- 在繼續輸液治療之前必須採取必要的補救措施。

注意：大量失血會導致病人休克。

導管護理

- 更換敷料 - 穿刺部位應保持覆上敷料。應按照醫院規範或當敷料弄髒、濕透或喪失密封性時更換敷料。

注意：每次更換敷料時，應評估導管的體外長度，以確定是否發生導管移位。定期確認導管位置和導管尖端位置。

- 灌沖和肝素化 - 灌沖頻率和肝素溶液濃度應按照醫院規範。
- 輸注藥物之前，應先用生理食鹽水灌沖導管，移除肝素溶液。
- 輸注藥物後，每個管腔都應再次用生理食鹽水灌沖，然後以肝素封管，維持導管的暢通性。注射帽 - 注射帽或無針注射帽應按照醫院規範進行更換。如果使用包裝內提供的無針注射帽，該注射帽的使用不可超過100次。

導管性能

- 導管部分/完全堵塞—如果回抽或灌沖導管時遇到阻力，表示管腔可能部分或完全堵塞。

警告：碰到阻力時不要強行灌沖。

- 如果管腔既無法回抽也無法灌沖，且確定導管被凝血堵塞，應按照醫院規範清除凝塊。

感染

注意：基於暴露於HIV及其他血原性病原體的風險，醫療人員照護患者時應常規施行全面性血液和體液防護措施。

- 必須嚴格執行無菌技術。

- 插管位置發生感染應立即按照醫院規範採取適當的抗生素治療。

導管移除

警告：只有熟知臨床相關技術的醫師可以執行下列操作。

注意：在導管移除之前，必須回顧醫院或科室的相關操作程序、可能的併發症及其治療方案、警告及注意事項。

1. 清潔雙手，備齊工具。
2. 取下舊的敷料並檢查穿刺部位是否有發紅、壓痛和滲液。
3. 在穿刺部位附近握住導管，緩慢且平穩地將導管拔出靜脈。
4. 如遇到阻力，可能必須將固定環套切開。
5. 重新開始移除步驟。導管應可輕易拔除。
6. 如必要，可施加壓力直到出血停止，並按照醫院規範在穿刺部位施加敷料。

注意：取出導管時，檢查導管的完整性。

替代插入方式 使用硬性導管內芯和側管轉接器

準備導管

1. 預先灌沖導管、側管轉接器和無針注射帽。
- 將充滿生理食鹽水的針筒連接到側管轉接器的魯厄式接頭然後灌沖側管轉接器和導管。夾閉側管轉接器的延長管，然後取下針筒。如果使用的是多腔導管，將其他延長管接上無針注射帽並徹底灌沖每個管腔。夾閉延長管之前，將針筒從無針注射帽上取下。灌沖其餘的無針注射帽然後擱置。

注意：切勿在導管內芯上夾鉗，否則導管內芯和導管可能會損壞。

注意：無針注射帽不得連接針器、鈍套管、其它非魯厄式連接器、或有可見缺陷的魯厄式連接器。如果嘗試使用了針器，無針注射帽必須立即更換。使用不可超過100次。

插入導管

2. 在導管置入、護理及移除過程中必須嚴格執行無菌技術。建立一個無菌手術區。使用無菌鋪巾、設備及配件。執行外科刷手。穿戴手術衣、手術帽、手套及口罩。
3. 將止血帶綁在上述預期插管之穿刺部位上方手臂位置，以擴張靜脈。

4. 麻醉穿刺點，使用手術刀切一個小切口。使用止血鉗造一個1cm深口袋用於容納固定環套。
5. 沿表淺的軌跡插入導引針，使切口距導管進入目標靜脈點之間大約3cm。回抽以確認穿刺血管。鬆開止血帶。

注意：如有必要，使用超音波或者靜脈造影技術設計表淺軌跡。如果計畫使用顯影劑，請檢查患者腎臟功能和使用顯影劑歷史紀錄。

6. 取下針筒，拇指堵住導引針尾端防止失血或空氣栓塞。將有長度標記的0.018英吋導引線柔軟尖端退入導引線推送器，只露出導引線尖端。將導引線向前推送，穿過導引針開口進入目標靜脈內。

注意：導引線置入的長度根據病人的體型決定。在此過程中應監測病人是否出現心律失常的跡象。此過程中病人應設置心臟監視器之下。導引線進入右心房可能導致心律失常。此過程中應保持導引線穩固不動。

7. 拔出導引針，導引線留在目標靜脈。沿導引線鄰近端將導引鞘/擴張器推送至目標靜脈。導引線應到達腔靜脈-心房連接處。導引線到達目標位置後，藉由導引線上的長度標記可得知導引線的插入深度。取出導引線，將導引鞘/擴張器留置。

注意：在放置過程中不要彎曲導引鞘 / 擴張器，否則會導致導引鞘過早撕裂。當開始穿刺表皮時，應握住導引鞘 / 擴張器靠近尖端的部位（距尖端大約3cm）。當導引鞘 / 擴張器進入靜脈時，在原來位置的上方幾釐米（大約5cm）處重新握執導引鞘 / 擴張器並向下推送。重複此過程直至導引鞘 / 擴張器完全置入。

注意：不要把導引鞘當作導管留置導管在血管內，這樣做會導致血管壁損傷。

8. 鬆開側管轉接器的鎖緊環，然後將導管內芯回拉到距離導管裁剪部位至少1/4英吋（1cm）的地方。按照標示長度的導引線所確定的長度對導管進行剪裁。

注意：切勿嘗試剪切導管內芯。

注意：將導管插入體內之前，應回拉導管內芯，確保其不露出導管尖端。

9. 一旦適當的導管長度與導管內芯位置確認後，扭緊固定圈使導管內芯位置固定。

10. 從導引鞘中移除擴張器。

11. 導管遠端插入導引鞘內，推送導管直至固定環套處。

12. 將導引鞘緩慢從血管移除，同時抓住導引鞘側邊兩耳將其撕開
(輕微的扭轉動作可能會有所幫助)。

13. 將固定環套推進至距表皮穿刺部位至少1-2cm深處。

注意：不要撕開還留置在血管內的導引鞘。為避免血管損傷，請盡可能將導引鞘拉出，每次只撕開1-2公分。

14. 在螢光透視下調整導管位置。導管末端應置於下腔靜脈與心房交界處。

注意：要夾住導管的管腔部分。只能夾住延長管。不要使用帶齒的鉗子，只能使用延長管上附的夾子。

15. 一隻手輕按穿刺部位上方，另一隻手握住導管內芯緩慢平穩拉出。取下側管轉接器，換上無針注射帽。將充滿生理食鹽水的針筒連接到無針注射帽，回抽管腔然後再用生理食鹽水灌沖。夾閉延長管之前，應取下針筒。

注意：如果導管管腔在移除導管內芯過程中遇到困難，對導管進行額外灌沖可能會有所幫助。可能需要重新調整導管位置以方便取出導管內芯。

注意：導管內芯一旦取出後切勿再次插入。

注意：導管插入體內後切勿將導管內芯留在原位，否則可能導致損傷。導管插入後應取下導管內芯和側管轉接器。

16. 繼續遵照'，穿刺技術說明'，第16步開始操作。

產品保證

Medcomp®保證本產品遵循正常標準與規格製造。患者狀態、臨床治療及產品維護皆會影響本產品的使用效能。請按照使用說明及處方醫師的指示和指導使用本產品。

為求產品持續進步，因此本公司將有權隨時更改產品價格、規格和型號，如有產品價格、規格與銷售型號更動恕不另行通知。

Medcomp® 是Medical Components, Inc. 公司的註冊商標。

Vascu-PICC®是Medical Components Inc. 公司的商標。

製造廠名稱：

Medical Components, Inc.
DBA - Medcomp

藥商名稱：

景年國際有限公司

製造廠地址：

1499 Delp Drive, Harleysville, PA
85號3樓之1
19438, USA

藥商地址：

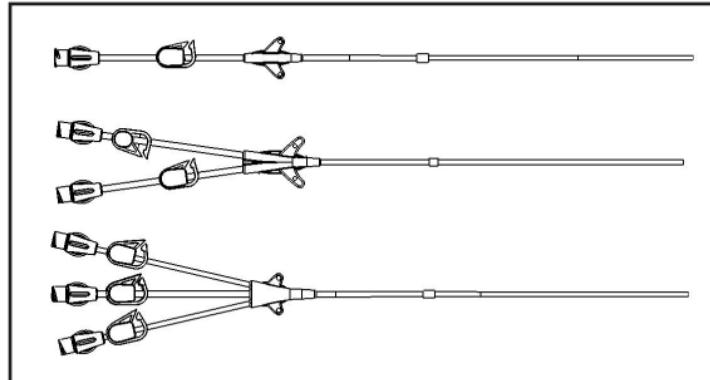
台北市中山區建國北路二段

适应症：

- 带袖套的经外周置入中心静脉导管套装适用于建立从外周血管进入中心静脉系统的短期或长期通路（进行静脉输液和药物，和/或规定的营养治疗）。
- 导管可从贵要静脉、头静脉或肘正中静脉插入。

描述：

- 导管采用不透X射线的柔软聚氨酯材料制成，不仅能提高患者舒适度，还具有极好的生物相容性。



禁忌症：

- 此导管不可用于除适应症以外的其它任何用途。导管不得置入发生血栓的血管
- 导管插入点周围存在皮肤问题（感染、静脉炎、疤痕等）
- 存在与器械相关的菌血症或败血症
- 导管插入点所在侧有乳房切除术史
- 导管插入部位有静脉/锁骨血栓史或血管外科手术史
- 发热，原因不明

常见并发症：

- 无菌机械性静脉炎
- 导管堵塞
- 蜂窝组织炎
- 导管损坏/断裂
- 插入部位流液
- 错位/迁移
- 夹断综合征
- 败血症
- 血栓

潜在并发症：

- 空气栓塞
 - 臂丛神经损伤
 - 心律失常
 - 心包填塞
 - 退出部位感染
 - 外渗
 - 血肿
 - 血管穿孔
 - 皮下血肿
 - 血栓栓塞
 - 血管血栓
- 在穿刺之前，操作者应充分了解上述潜在并发症，并能够在上述并发症发生时进行紧急处理。

警告：

- 在插入或使用过程中，如果发生导管座或连接处断离这类少见事件，应采取必要的步骤和预防措施阻止出血或空气栓塞，并移除导管。
- 当遇到异常阻力时，不要继续推送导丝或导管。
- 切勿强行将导丝插入或拔出任何组件，否则导丝可能会折断或散开。如果发现导丝损坏，导丝必须与穿刺针或可撕裂鞘/扩张器一同拔出。
- 美国联邦法律严格限定此产品必须由医生或凭医嘱销售。
- 此导管仅限一次性使用。
- 不要使用任何方法对导管或配件进行重新灭菌。
- 重复使用可能导致感染或者疾病/损伤。
- 因重复使用或重新灭菌对导管及配件造成损害，生产厂商不承担任何责任。
- 包装未打开、未破损时内容物处于无菌、无致热源状态。

产品经环氧乙烷灭菌

STERILE **EO**

- 如果包装已被打开或破损，请不要使用其中的导管或配件。
- 如果发现导管或配件有损坏，请不要使用。
- 不要使用高压注射器进行造影剂研究。压力过高可能会损坏导管。

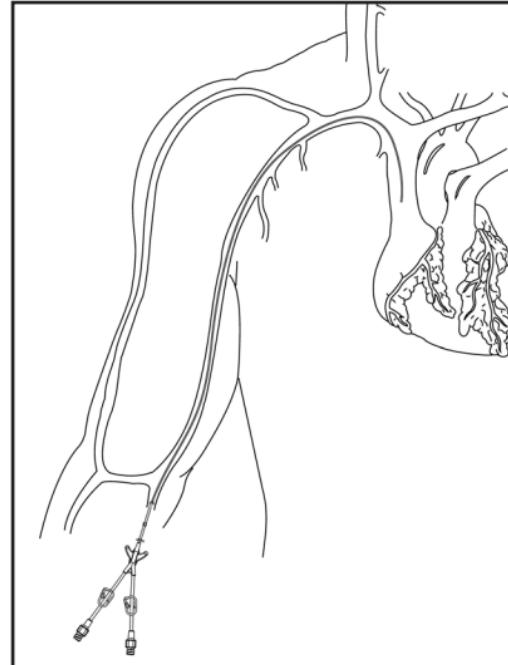
导管注意事项：

- 小注射器会产生过高压强，损坏导管。推荐使用10毫升或更大容量的注射器。
- 不要在导管管腔及其延长管周围使用尖锐器具。
- 不要使用剪刀去除敷料。
- 使用非本套装提供的水止卡会损坏导管。
- 在导管同一部位反复夹闭可能会使导管强度变弱。避免在鲁尔接头和导管座附近夹闭导管。
- 每次输液前后应检查导管腔和延长管有无损伤。
- 为防止出现意外，在治疗前或治疗的间隔期，必须确认所有的封盖和血液管路的连接牢固可靠。
- 该导管只能与鲁尔锁定（带螺纹）接头配合使用。
- 反复过度旋紧鲁尔锁定接头、注射器或注射帽会缩短接头寿命，也可能会损坏接头。
- 使用前请使用X射线确认导管尖端位置。请根据医院政策监测导管尖端位置。

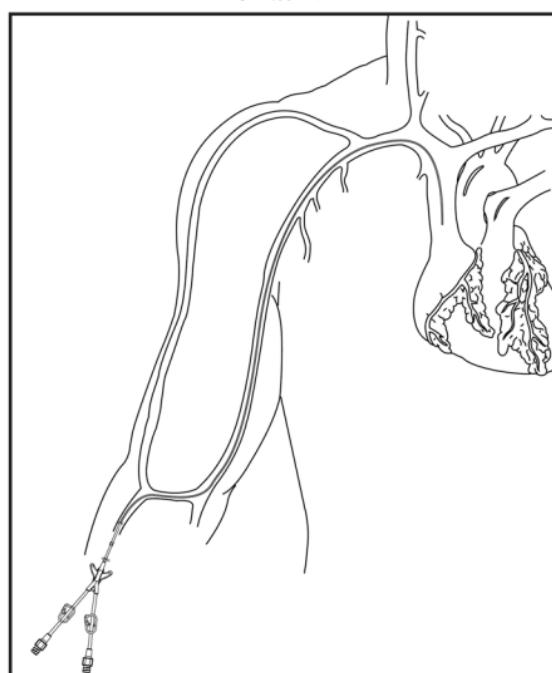
穿刺部位：

- 可从贵要静脉、肘正中静脉或头静脉插管。贵要静脉为首选部位。

贵要静脉



头静脉



Seldinger插管技术

- 使用本产品前请仔细阅读使用说明。导管的穿刺、操作及拔除只能由合格的注册医生执行，或在医生指导下由其他合格的医疗专家执行。
- 本说明书中所描述的医疗技术和过程并未包含所有临床可接受操作流程，也不能替代医生治疗特殊病人时的经验和判断。
- 如果医院有标准操作流程，请以医院规定为准。

插管前的准备工作

确定插管部位和静脉，考虑以下因素：

- 病人的诊断结果
- 病人的年龄和体型
- 解剖学异常因素
- IV治疗的类型和目的
- 导管预期留置时间

1. 将止血带绑在上述预期插管部位上方手臂位置
2. 根据评估结果选择静脉
3. 松开止血带

准备导管

4. 预先冲洗导管。

注：如使用硬性导管内芯插入，请见“使用硬性导管内芯和侧支适配器的替代导管插入术”部分。

- 将无针注射帽连接到导管的内圆锥鲁尔接头。
- 将一个充满生理盐水的注射器连接到无针注射帽，彻底冲洗导管。对于多腔导管，应冲洗所有导管腔。夹闭延长管之前，应取下注射器。

注意：无针注射帽不得连接针器、钝套管、其它非鲁尔连接器、或有可见缺陷的鲁尔连接器。如果尝试使用了针器，无针注射帽必须立即更换。使用不可超过100次。

插入导管

5. 在导管置入、护理及拔除过程中必须严格执行无菌技术。建立一个无菌手术区。使用无菌铺巾、设备及配件。执行外科清洗流程。穿戴手术衣、手术帽、手套及口罩。
6. 将止血带绑在上述预期插管部位上方手臂位置，以扩张静脉。
7. 麻醉穿刺点，使用手术刀切一个小切口。使用止血钳造一个1cm深的口袋用于容纳袖套。
8. 在很浅的轨道内插入穿刺针，在切口和目标静脉之间大约3cm。抽吸以保证穿刺位置适当。松开止血带。

注意：使用超声波或者静脉造影技术设计浅轨道。如果需要计划使用造影剂，请检查患者肾脏功能和使用造影剂史

9. 取下注射器，拇指堵住穿刺针尾端防止失血或空气栓塞。将标记0.018英寸导丝的柔软尖端退入导丝推送器，只露出导丝头端。将导丝向前推送，穿过针座进入目标静脉。

注意：导丝置入的长度根据病人的体型决定。在此过程中应监测病人是否出现心律失常的迹象。此过程中病人应处于心脏监护之下。导丝进入右心房可能导致心律失常。此过程中应保持导丝稳固不动。

10. 拔出穿刺针，导丝留在目标静脉。沿导丝邻近端将可撕裂鞘/扩张器推送至目标静脉。导丝应到达腔静脉-心房连接处。一旦导丝到位，通过阅读导丝上的长度标记可测量导丝的插入深度。取出导丝，可撕裂鞘/扩张器留在目标静脉。

警告：在放置过程中不要弯曲可撕裂鞘 / 扩张器，否则会导致可撕裂鞘过早撕裂。当开始穿刺皮肤表面时，应握住可撕裂鞘 / 扩张器靠近尖端的部位（距尖端大约3cm）。当可撕裂鞘 / 扩张器进入静脉时，在原来位置的上方几厘米（大约5cm）处重新握执鞘 / 扩张器并向下推送。重复此过程直至可撕裂鞘 / 扩张器完全置入。

注意：不要将可撕裂鞘留在血管内当作留置导管。否则会损伤静脉。

11. 对于PICC导管的插入，根据导丝确定的长度测量和剪裁导管。
12. 扩张器移除可撕裂鞘。
13. 导管远端插入可撕裂鞘内，直至导管尖端正确定位于目标静脉。
14. 将可撕裂鞘缓慢拔出血管，同时抓住可撕裂鞘的两耳将其撕开（轻轻的弯折动作可能会有所帮助）。
15. 从皮肤切入口推进袖套1-2cm。

警告：不要撕裂还留置在血管内的鞘。为避免血管损伤，请尽可能将鞘回拔，每次撕裂时只撕开一两公分。

16. 进行透视检查，调整导管位置。导丝应放置在腔静脉-心房连接处。

注意：不要夹闭导管的管腔部分。只能夹闭延长管。不要使用带齿的钳子，只能使用包装内提供的水止卡。

17. 导管延长管连接注射器并打开水止卡。应该能很容易抽出血液。如果在抽血的过程中发现有较大阻力，可能需要重新调整导管位置以获得足够的血流。
18. 一旦吸足足够血液后，管腔应用生理盐水注射器进行冲洗。进行此过程应打开水止卡。

注意：小注射器会产生过高压强，损坏导管。推荐使用10毫升或更大容量的注射器。

19. 移除注射器，并关闭延长管的水止卡。为了避免空气栓塞，导管不使用时应保持夹闭，而且每次使用之前要先抽吸血液然后再用生理盐水冲洗导管。每次更换导管接头时，要排除导管和所有连接管及盖帽内的空气。
20. 使用前应该做透视检查，确认导管尖端的位置准确。导管远端应位于腔静脉-心房连接处。
21. 如果需要，请用缝线关闭最初的切口。

注意：不确认导管位置可能会导致严重损伤或致命的并发症。

注：如果没有回血，使用之前应确认导管位置。

导管固定和敷料

- 穿刺部位及导管体外部分应一直覆上保护性敷料。
- 22. 根据医院规范，用密封敷料覆盖出皮部位。
- 23. 在病例上记录留置导管的长度、导管批号和导管尖端位置。

输注

- 在输液治疗之前应仔细检查所有连接。
- 经常检视有无泄漏，以防止出血或空气栓塞。
- 如果发现泄漏，应立即夹闭导管。

注意：只可使用包装内的止水卡夹闭导管。

- 在继续输液治疗之前必须采取必要的补救措施。

注意：大量失血会导致病人休克。

导管护理

- 更换敷料 - 穿刺部位应一直覆上敷料。应按照公认规定或当敷料弄脏、湿透或丧失密封性时更换敷料。
- 注：每次更换敷料时，应评估导管的体外长度，以确定是否发生导管迁移。定期确认导管位置和导管尖端位置。
- 冲洗和肝素化 - 冲洗频率和肝素溶液浓度应符合公认规定。
 - 输注药物之前，应先用生理盐水冲洗导管，冲走肝素溶液。
 - 输注药物后，每个管腔都应再次用生理盐水冲洗，然后注满肝素溶液以维持导管的畅通性。注射帽 - 注射帽或无针注射帽应按照公认规定进行更换。如果使用包装内提供的无针注射帽，该注射帽的使用不可超过100次。

导管使用

- 导管部分/完全堵塞—如果抽吸或冲洗导管时遇到阻力，表示管腔可能部分或完全堵塞。

警告：碰到阻力时不要强行冲洗。

- 如果管腔即无法抽吸也无法冲洗，则确定导管被血块堵塞，应按照公认规定清除血块。

感染

注意：因为有暴露在HIV（人类免疫缺陷病毒）或其它血媒性病原体下的风险，医务人员在护理病人时必须一直遵守常规血液和体液预防措施。

- 必须一直严格遵守无菌技术。
- 如在发现临床感染，必须迅速按照公认程序进行治疗。

导管拔除

警告：只有熟知相关技术的医生才可以执行下列操作。

注意：在导管移除之前，必须回顾医院或科室的相关操作程序、可能的并发症及其治疗方案、警告及注意事项。

1. 清洁双手，备齐工具。
2. 取下旧的辅料并检查穿刺部位是否有发红、压痛和流液。
3. 在穿刺部位附近握住导管，慢速平稳地将导管拔出静脉。
4. 如遇到阻力，请停止拔管。应重新用胶带固定导管，然后热敷上下肢20-30分钟。
5. 恢复拔管操作。如果导管仍然“不动”，应按照公认规范程序进行处理。
6. 如必要，可施加压力直到出血停止，并按照公认规范程序在穿刺部位敷上敷料。

注：检查导管并测量导管长度。导管长度应与导管插入时所测的基本长度相同。

使用硬性导管内芯和侧支适配器的替代导管插入术

准备导管

1. 预先冲洗导管、侧支适配器和无针注射帽。
- 注射器连接到侧支适配器的鲁尔接头然后冲洗侧支适配器和导管。夹闭侧支适配器的延长管，然后取下注射器。如果使用的是双腔导管，另一延长管接上无针注射帽。将一个充满生理盐水的注射器连接到无针注射帽，彻底冲洗导管。夹闭延长管之前，将注射器从无针注射帽上取下。冲洗留在原位的无针注射帽然后搁置。

注意：切勿在导管内芯上夹管，否则导管内芯和导管可能会损坏。

注意：无针注射帽不得连接针器、钝套管、其它非鲁尔连接器、或有可见缺陷的鲁尔连接器。如果尝试使用了针器，无针注射帽必须立即更换。使用不可超过100次。

插入导管

2. 在导管置入、护理及拔除过程中必须严格执行无菌技术。建立一个无菌手术区。使用无菌铺巾、设备及配件。执行外科清洗流程。穿戴手术衣、手术帽、手套及口罩。

3. 将止血带绑在上述预期插管部位上方手臂位置，以扩张静脉。
4. 麻醉穿刺点，使用手术刀切一个小切口。使用止血钳造一个1cm深的口袋用于容纳袖套。
5. 在很浅的轨道内插入穿刺针，在切口和目标静脉之间大约3cm。抽吸以保证穿刺位置适当。松开止血带。

注意：使用超声波或者静脉造影技术设计浅轨道。如果需要计划使用造影剂，请检查患者肾脏功能和使用造影剂史

6. 取下注射器，拇指堵住穿刺针尾端防止失血或空气栓塞。将标记0.018英寸导丝的柔软尖端退入导丝推送器，只露出导丝头端。将导丝向前推送，穿过针座进入目标静脉。

注意：导丝置入的长度根据病人的体型决定。在此过程中应监测病人是否出现心律失常的迹象。此过程中病人应处于心脏监护之下。导丝进入右心房可能导致心律失常。此过程中应保持导丝稳固不动。

7. 拔出穿刺针，导丝留在目标静脉。沿导丝邻近端将可撕裂鞘/扩张器推送至目标静脉。导丝应到达腔静脉-心房连接处。一旦导丝到位，通过阅读导丝上的长度标记可测量导丝的插入深度。取出导丝，可撕裂鞘/扩张器留在目标静脉

注意：在放置过程中不要弯曲可撕裂鞘 / 扩张器，否则会导致可撕裂鞘过早撕裂。当开始穿刺皮肤表面时，应握住可撕裂鞘 / 扩张器靠近尖端的部位（距尖端大约3cm）。当可撕裂鞘 / 扩张器进入静脉时，在原来位置的上方几厘米（大约5cm）处重新握执可撕裂鞘 / 扩张器并向下推送。重复此过程直至可撕裂鞘 / 扩张器完全置入。

注意：不要将可撕裂鞘留在血管内当作留置导管。否则会损伤静脉。

8. 松开侧支适配器的锁紧环，然后将导管内芯回拉到距离导管裁剪部位至少1/4英寸（1厘米）的地方。按照带长度标识的导丝所确定的长度对导管进行剪裁。

注意：切勿尝试剪切导管内芯。

注意：将导管插入体内之前，应回拉导管内芯，确保其不露出导管尖端。

9. 当导管剪裁到适当长度而且导管内芯位置准确，扭紧锁定环以固定导管内芯位置。

10. 扩张器从可撕裂鞘中拔出。

11. 导管远端插入可撕裂鞘内，直至导管尖端正确定位于目标静脉。

12. 将可撕裂鞘缓慢拔出血管，同时抓住可撕裂鞘的两耳将其撕开（轻轻的弯折动作可能会有所帮助）。

13. 从皮肤切入口推进袖套1-2cm。

注意：不要撕裂还留置在血管内的鞘。为避免血管损伤，请尽可能将鞘回拔，每次撕裂时只撕开一两公分。

14. 进行透视检查，调整导管位置。导管远端应位于腔静脉-心房连接处。

注意：不要夹闭导管的管腔部分。只能夹闭延长管。不要使用带齿的钳子，只能使用包装内提供的水止卡。

15. 一只手轻按穿刺部位上方，另一只手握住导管内芯缓慢平稳拉出。取下侧支适配器，换上无针注射帽。将充满生理盐水的注射器连接到无针注射帽，抽吸管腔然后再用生理盐水冲洗。夹闭延长管之前，应取下注射器。

注意：如果在拔导管内芯过程中遇到困难和/或导管管腔绞结，对导管进行额外冲洗可能会有所帮助。可能需要重新调整导管位置以方便取出导管内芯。

注意：导管内芯一旦取出后切勿再次插入。

注意：导管插入体内后切勿将导管内芯留在原位，否则可能导致损伤。导管插入后应取下导管内芯和侧支适配器。

16. 以下执行“插入导管”自第16步开始的步骤。

保证书

Medcomp保证本产品按照适用的标准和要求生产。病人情况、临床治疗和产品护理会影响产品性能。此产品的使用必须遵从使用说明书，并需在有处方权的医生指导下使用。

由于产品会不断改进，可能会在未通知的情况下改变价格、特征及型号。Medcomp®保留改变产品或内容物而不给予通知的权力。

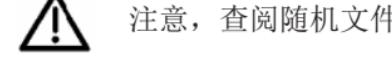
Medcomp®是Medical Components, Inc. 公司的注册商标。

Vascu-PICC®是Medical Components Inc. 公司的商标。



切勿再次使用

STERILE EO 环氧乙烷灭菌



注意，查阅随机文件

生产企业

名 称：Medical Components, Inc.

地 址：1499 Delp Drive, Harleysville, PA 19438, USA

生产地址：Calle Mercurio N 46, Parque Industrial Mexicali 1,
Mexicali, Baja California Norte, Mexico C.P. 20210

电 话：215-256-4201

传 真：215-256-1787

代理人及售后服务单位

名 称：上海久越医疗器械有限公司

地 址：上海市长宁区延安西路1160号2302室

电 话：021-62239399

传 真：021-62239297

特殊储存条件及方法： 应远离极端温度和湿度，储存在+10 - 40°C
的环境范围内。

灭菌方式： 环氧乙烷灭菌

生产日期：请见原厂标签

有效期： 请见原厂标签

医疗器械注册证书编号：国械注进：20163031673

产品技术要求编号： 国械注进：20163031673

编制日期	2015.5.20
修订日期	2022.4.28



Medical Components, Inc.

1499 Delp Drive
Harleysville, PA 19438 U.S.A.
Tel: 215-256-4201
Fax: 215-256-1787
www.medcompnet.com

SYMBOL CHART

STERILE EO	STERILIZED WITH ETHYLENE OXIDE
0000-00	DATE OF EXPIRATION YR-MO
	SEE INSTRUCTIONS FOR USE
	SINGLE USE
REF	PRODUCT NUMBER
LOT 000000-0000/00	LOT NUMBER - YR/MO OF MANUFACTURE
LOT 000000-00/00	LOT NUMBER - MO/YR OF MANUFACTURE