

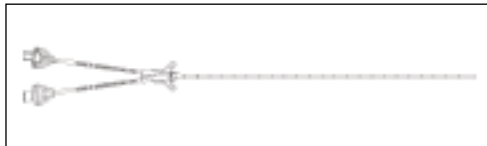


**Pro-PICC® CT PERIPHERALLY
INSERTED CENTRAL VEIN ACCESS
CATHETER WITH VALVE TECHNOLOGY**

INSTRUCTIONS FOR USE

DESCRIPTION:

- A family of peripherally inserted central catheters made from specially formulated biocompatible medical grade materials. Catheters are packaged in a tray with accessories necessary for a percutaneous microintroducer introduction (Modified Seldinger or Seldinger technique).
- The Pro-PICC® CT with valve technology controls the flow of fluids to provide clamp free infusion therapy. Positive pressure into the catheter (gravity, pump, syringe) will open the valve. When negative pressure (aspiration) is applied, the valve opens allowing the withdrawal of blood into a syringe.



INDICATIONS FOR USE:

- The Pro-PICC® CT catheter with valve technology is indicated for short or long term peripheral access to the central venous system for intravenous therapy and power injection of contrast media, and allows for central venous pressure monitoring. For blood sampling, infusion, or therapies, use a 4F or larger catheter. The maximum recommended infusion rate varies by catheter French size and is printed on the catheter.

IMPORTANT INFORMATION PERTAINING TO POWER INJECTION:

- Contrast media should be warmed to body temperature prior to power injection. Warning: Failure to warm contrast to body temperature prior to power injection may result in catheter failure.
- Vigorously flush the Pro-PICC® CT catheter using a 10cc or larger syringe and sterile normal saline prior to and immediately following the completion of power injection studies. This will ensure the patency of the catheter and prevent damage to the catheter. Resistance to flushing may indicate partial or complete catheter occlusion. Do not proceed with power injection study until occlusion has been cleared.

Warning: Failure to ensure patency of the catheter prior to power injection studies may result in catheter failure.

- Do not exceed the maximum flow rate printed on the catheter.

Warning: Power injector machine pressure limiting feature may not prevent over pressurization of an occluded catheter.

Warning: Exceeding the maximum indicated flow rate may result in catheter failure and/or catheter tip displacement.

Warning: Pro-PICC® CT catheter indication of power injection of contrast media implies the catheter's ability to withstand the procedure, but does not imply appropriateness of the procedure for a particular patient. A suitably trained clinician is responsible for evaluating the health status of a patient as it pertains to a power injection procedure.

CONTRAINDICATIONS:

- The presence of device related infection, bacteremia, or septicemia is known or suspected.
- The patient's body size is insufficient to accommodate the size of the implanted device.
- The patient is known or is suspected to be allergic to materials contained in the device.
- There has been past irradiation of prospective insertion site.
- There have been previous episodes of venous thrombosis or vascular surgical procedures at the prospective placement site.
- There are local tissue factors that may prevent proper device stabilization and/or access.

POSSIBLE COMPLICATIONS:

- Air Embolus
- Bleeding
- Brachial Plexus Injury
- Cardiac Arrhythmia
- Cardiac Tamponade
- Catheter erosion through the skin
- Catheter embolism
- Catheter occlusion
- Catheter related sepsis
- Endocarditis
- Exit Site Infection
- Exit Site Necrosis
- Exsanguination
- Fibrin Sheath formation
- Hematoma
- Intolerance reaction to implanted device
- Laceration of the vessels or viscus
- Myocardial erosion
- Perforation of vessels or viscus
- Phlebitis
- Spontaneous catheter tip malposition or retraction
- Thromboembolism
- Venous Thrombosis
- Ventricular thrombosis
- Vessel Erosion
- Risks normally associated with local or general anesthesia, surgery, and post-operative recovery

Before attempting the insertion, ensure that you are familiar with the potential complications and their emergency treatment should any of them occur.

WARNINGS:

- The fluid level of the catheter will drop (allowing air entry) if the catheter connector is held above the level of the patient's heart and opened to air. To help prevent a drop in the fluid volume (allowing air entry) while changing injection caps, hold the connector below the level of the patient's heart before removing the injection cap.
- 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.

- Discard biohazard according to facility protocol.

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.

- 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 uses.

- 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.

- The valve is not a barrier to infection. Strict aseptic technique must be utilized during all actuations and cap changes. A sterile end cap should be applied to the hub of the catheter to prevent contamination when not in use.

INSERTION SITES:

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

BASILIC VEIN



DIRECTIONS FOR MODIFIED 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

- Apply tourniquet to arm above anticipated insertion site.
- Select vein based on assessment.
- Release tourniquet.

PREPARE CATHETER:

- Preflush catheter, sideport adapter, and needleless access port(s).

- Carefully insert wire stylet through hole in blue cap of sideport adapter and down into catheter lumen.

- Attach saline filled syringe to luer of sideport adapter and flush adapter and catheter. Clamp sideport extension and remove syringe. If using multiple lumen catheter, attach needleless access port to remaining extension(s). Attach saline filled syringe to the needleless access port and completely flush catheter lumen.

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:

- 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.
- Apply tourniquet to arm above anticipated insertion site to distend the vein.
- Insert the introducer needle with attached syringe into the target vein. Aspirate to insure proper placement. Release tourniquet.
- 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: Guidewire is hydrophilic. Hydrate prior to use.

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.

Note: For alternate insertion method, see *Directions for Seldinger Insertion Section*.

- 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.

- Loosen locking collar of sideport and withdraw stylet back beyond the point where the catheter is to be trimmed by at least ¼ 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.

- Once proper catheter length and stylet position has been achieved, tighten locking collar to keep stylet in place.
- Remove dilator from sheath.
- Insert distal tip of catheter into and through the sheath until catheter tip is correctly positioned in the target vein.

- Remove the tear-away 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).

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 few centimeters at a time.

- 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.

- Loosen locking collar of 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 adapter and replace with needleless access port. Attach saline filled syringe to needleless access port, aspirate lumen and then irrigate with saline.

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 adapter after insertion.

- Attach syringe(s) to extension(s). Blood should aspirate easily. If excessive resistance to blood aspiration is experienced, the catheter may need to be repositioned to obtain adequate flow.

- Once adequate aspiration has been achieved, lumen(s) should be irrigated with saline filled syringe(s).

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

- Remove the syringe(s). Avoid air embolism 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.

- 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.

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.

DIRECTIONS FOR SELDINGER INSERTION

1. Follow directions for *Modified Seldinger Insertion*, up to step #5.
2. Remove needle, leaving guidewire in the targeted 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.
3. Cut catheter to length determined by marked guidewire.
4. Insert proximal end of wire into distal tip of catheter lumen. Feed catheter lumen into the vessel following the guidewire. Advance catheter lumen along the guidewire until the distal tip is correctly positioned in the target vein. The distal tip should be positioned at the level of the caval atrial junction.

Caution: A skin nick may be required to feed the catheter smoothly into the vessel.

5. 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.

6. Remove the wire from the catheter. Remove by applying gentle pressure with one hand above the insertion site while grasping the 130cm wire with the other hand and pulling slowly back with a constant motion.
7. Follow *Directions for Modified Seldinger Insertion*, from step #14 on.

POWER INJECTION PROCEDURE

1. Remove the injection/needleless cap from the Pro-PICC® CT catheter.
 2. Using a 10cc or larger syringe(s), aspirate catheter lumen(s) to assure patency and remove locking solution. Discard syringe(s).
 3. Attach a 10cc or larger syringe filled with sterile normal saline and vigorously flush the catheter with the full 10cc of sterile normal saline.
- Warning:** Failure to ensure patency of the catheter prior to power injection studies may result in catheter failure.
4. Detach syringe.
 5. Attach the power injection device to the Pro-PICC® CT catheter per manufacturer's recommendations.

Warning: Always use connector tubing between power injector syringe and catheter. Do not attempt to connect power injector syringe directly to the catheter. Damage may result.

6. Complete power injection study taking care not to exceed the flow rate limits.

Warning: Exceeding the maximum indicated flow rate may result in catheter failure and/or catheter tip displacement.

7. Disconnect the power injection device.
8. Flush the Pro-PICC® CT catheter with 10cc of sterile normal saline, using a 10cc or larger syringe. For multi-lumen catheters, flush all lumens after power injection.
9. Replace the injection/needleless cap on the Pro-PICC® CT catheter.

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

Note: Excessive blood loss may lead to patient shock.

CENTRAL VENOUS PRESSURE MONITORING

- For central venous pressure monitoring it is recommended that a catheter lumen of 20 gauge or larger be used.
- Prior to conducting central venous pressure (CVP) monitoring:
 - Ensure proper positioning of the catheter tip.
 - Flush catheter vigorously with normal saline.
 - Ensure pressure transducer is at the level of the right atrium.
- It is recommended that a continuous infusion of saline (3 ml/hr) is maintained through the catheter while measuring CVP to improve the accuracy of the results.
- Use your institution's protocols for central venous pressure monitoring procedures.

Warning: CVP monitoring should always be used in conjunction with other patient assessment metrics when evaluating cardiac function.

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 measured to determine if catheter migration has occurred. Periodically confirm catheter placement and tip location by imaging method.

Flushing/Maintenance – The catheter should be maintained according to your institutional policy. Recommended catheter flushing/maintenance is as follows:

- The valve is not a barrier to infection. Strict aseptic technique must be utilized during all actuations and cap changes.
- Flush the catheter after every use, or at least weekly when not in use. Use a 10cc or larger syringe.
- The catheter should be flushed with normal saline prior to drug administration to verify patency.
- After drug administration each lumen should be flushed with a minimum of 10cc of normal saline, using a “pulse” or “stop/start” technique to maintain patency. Use of heparinized saline to lock each lumen of the catheter is optional.

- Always remove syringes slowly while injecting the last 0.5 ml of saline.

- Apply a sterile end cap on the catheter hub to prevent contamination when not in use.

- To help prevent a drop in the fluid volume (allowing air entry) while changing injection caps, hold the connector below the level of the patient's heart before removing the injection cap.

Note: When maintained in accordance with these instructions, the Pro-PICC® CT with valve technology does not require the use of heparinized saline to lock the catheter lumens. However, use of heparinized saline will not adversely affect the catheter and may be necessary based on patient status or use of alternative flushing and locking techniques.

Injection Caps – Injection cap(s) or needleless access port(s) should be change 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 de clotting 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, 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 – STOP. Retape the catheter and apply a warm compress to the extremity for 20-30 minutes.
5. Resume removal procedure. If further difficulty is encountered, follow institutional policy for further intervention.
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.

<i>Performance Specifications</i>	Gauge Size	Gravity Flow Rate	Priming Volume	
		cc/min	cc	
Single Lumen	4F x 55cm 5F x 60cm	18ga 18ga	17.6 23.5	0.88 0.96
Double Lumen	5F x 55cm	18ga	7.3	0.7
Triple Lumen	6F x 60cm	17ga	11.6	0.85
		2 x 19ga	3.1	0.56

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 in accordance with all relevant regulatory requirements.

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

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



Pro-PICC® CT CATHÉTER D’ACCÈS CENTRAL À INSERTION PÉRIPHÉRIQUE AVEC VALVE

INSTRUCTIONS D’UTILISATION

DESCRIPTION :

- Une série de cathéters centraux insérés par voie périphérique fabriqués à partir de matériaux biocompatibles de qualité médicale spécialement formulés. Les cathéters sont emballetés dans un plateau avec les accessoires nécessaires à l’introduction percutanée d’un micro-introducteur (technique Seldinger modifiée ou Seldinger).

- Le Pro-PICC® CT avec la technologie des valves contrôle l’écoulement des fluides pour fournir une thérapie de perfusion sans clamp. Une pression positive dans le cathéter (gravité, pompe, seringue) ouvrira la valve. Lorsqu’une pression négative (aspiration) est appliquée, la valve s’ouvre, permettant un prélèvement sanguin dans une seringue.



INDICATIONS D’UTILISATION :

- Le cathéter Pro-PICC® CT à technologie valvulaire est indiqué pour l’accès périphérique à court ou long terme au système veineux central pour la thérapie intraveineuse et l’injection de produits de contraste et permet de surveiller la pression veineuse centrale. Pour les prélèvements sanguins, les perfusions ou les traitements, utiliser un cathéter de 4 F ou plus. La vitesse de perfusion maximale recommandée varie en fonction de la taille de la charrière et est imprimée sur le cathéter.

INFORMATIONS IMPORTANTES CONCERNANT L’INJECTION SOUS PRESSION :

- Le produit de contraste doit être chauffé à la température du corps avant l’injection sous pression. Avertissement : ne pas réchauffer le produit de contraste à la température du corps avant l’injection sous pression peut entraîner une défaillance du cathéter.

- Un rinçage vigoureux du cathéter Pro-PICC® CT avec une seringue de 10 cm3 ou plus et une solution saline stérile avant et immédiatement après la fin des traitements par injection sous pression. Cela permettra de garantir la perméabilité du cathéter et d’éviter de l’endommager. Une résistance lors du rinçage peut indiquer une occlusion partielle ou complète du cathéter. Ne pas procéder à l’étude par injection sous pression avant que l’occlusion ne soit éliminée.

Avertissement : ne pas s’assurer de la perméabilité du cathéter avant les traitements par injection sous pression peut entraîner une défaillance du cathéter.

- Ne pas dépasser le débit maximal imprimé sur le cathéter.

Avertissement : Le dispositif de limitation de la pression de la machine à injection sous pression peut ne pas empêcher la surpression d’un cathéter occlus.

Avertissement : dépasser le débit maximal peut entraîner une défaillance du cathéter ou le déplacement de l’embout du cathéter.

Avertissement : l’indication de l’injection sous pression de produit de contraste sur le cathéter Pro-PICC® CT indique la capacité du cathéter à résister à la procédure, mais n’implique pas que la procédure soit appropriée pour un patient particulier. Un clinicien dûment formé est chargé d’évaluer l’état de santé d’un patient dans le cadre d’une procédure d’injection sous pression.

CONTRE-INDICATIONS :

- La présence d’une infection liée à un appareil, d’une bactériémie ou d’une septicémie est connue ou suspectée.

- La taille du patient est insuffisante pour s’adapter à la taille du dispositif implanté.

- On sait ou on soupçonne que le patient est allergique aux matériaux contenus dans l’appareil.

- Le site d’insertion potentiel a été irradié par le passé.

- Il y a déjà eu des épisodes de thrombose veineuse ou des interventions de chirurgie vasculaire sur le point de placement potentiel.

- Il existe des facteurs tissulaires locaux pouvant empêcher la stabilisation ou l’accès corrects du dispositif.

COMPLICATIONS POSSIBLES :

- Embolie gazeuse
- Saignement
- Lésion du plexus brachial
- Arythmie cardiaque
- Tamponnade cardiaque
- Érosion du cathéter à travers la peau
- Embolie par cathéter
- Occlusion du cathéter
- Septicémie liée à un cathéter
- Endocardite
- Infection au point d’émergence
- Nécrose du point d’émergence
- Exsanguination
- Formation d’une couche de fibrine
- Hématome
- Réaction d’intolérance à un dispositif implanté
- Lacération des vaisseaux ou des viscères
- Érosion du myocarde
- Perforation des vaisseaux ou des viscères
- Phlébite
- Malposition ou rétraction spontanée de l’embout du cathéter
- Thromboembolie
- Thrombose veineuse
- Thrombose ventriculaire
- Érosion des vaisseaux
- Risques normalement associés à une anesthésie générale, une chirurgie et la récupération post-opératoire

Avant d’entamer l’insertion, s’assurer de connaître les complications possibles et leur traitement d’urgence si l’une d’entre elles se produit.

MISES EN GARDE :

- Le niveau de liquide du cathéter baissera (permettant l’entrée d’air) si le connecteur du cathéter est maintenu au-dessus du niveau du cœur du patient et ouvert à l’air. Pour éviter une chute du volume de liquide (permettant l’entrée d’air) lors du changement de l’obturateur avec point d’injection, maintenir le connecteur sous le niveau du cœur du patient avant de retirer l’obturateur avec point d’injection.

- Dans le rare cas où un collet ou un connecteur se détache de l’un des composants pendant l’insertion ou l’utilisation, prendre toutes les mesures et précautions nécessaires pour éviter la perte de sang ou l’embolie gazeuse et retirer le cathéter.

- Ne pas continuer d’insérer le fil-guide ou le cathéter si une résistance inhabituelle est rencontrée.

- Ne pas insérer ou retirer de force le fil-guide d’un composant. Le fil peut se rompre ou s’effilocher. Si le fil-guide est endommagé, l’aiguille d’introduction ou la gaine ou le dilatateur et le fil-guide doivent être retirés en même temps.

- La loi fédérale (États-Unis) limite ce dispositif à la vente par ou sur l’ordre d’un médecin.



- Ce cathéter est à usage unique.

- Ne pas restériliser le cathéter ou les accessoires par quelque méthode que ce soit.

- La réutilisation peut entraîner une infection ou une maladie ou une blessure.

- Le fabricant n’est pas responsable des dommages causés par la réutilisation ou la restérilisation de ce cathéter ou de ses accessoires.

- Le contenu est stérile et apyrogène dans un emballage non ouvert intact.

STÉRILISÉ À L’OXYDE D’ÉTHYLÈNE

STÉRILE | EO

- Ne pas utiliser le cathéter ou les accessoires si l’emballage a été ouvert ou endommagé.

- Ne pas utiliser le cathéter ou les accessoires si un quelconque signe de détérioration du produit est visible.

- Jeter les déchets biologiques conformément au protocole de l’établissement.

PRÉCAUTIONS RELATIVES AUX CATHÉTERS :

- Les petites seringues génèrent une pression excessive et peuvent endommager le cathéter. Il est recommandé d’utiliser des seringues de dix (10) cm3 ou plus.

- Ne pas utiliser d’instruments tranchants à proximité des lignes d’extension ou de la lumière du cathéter.

- Ne pas utiliser de ciseaux pour retirer le pansement.

- Examiner la lumière du cathéter et les extensions avant et après chaque perfusion pour détecter les dommages.

- Pour éviter les accidents, s’assurer de l’intégrité de tous les capuchons et de toutes les connexions avant et entre les utilisations.

- N’utiliser que des connecteurs à vis Luer Lock (filetés) avec ce cathéter.

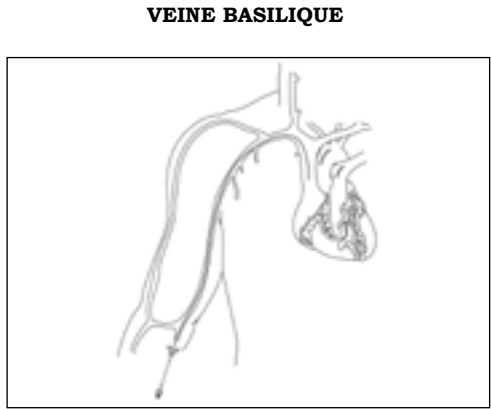
- Le serrage excessif et répété des connexions à vis Luer, des seringues et des capuchons réduit la durée de vie des connecteurs et pourrait entraîner une défaillance des connecteurs.

- Confirmer la position de l’embout du cathéter par radiographie avant l’utilisation. Vérifier régulièrement le placement de l’embout selon la politique institutionnelle.

- La valve n’est pas un obstacle à l’infection. Une technique aseptique stricte doit être utilisée lors de toutes les manœuvres et de tous les changements de capuchons. Un embout stérile doit être appliqué sur l’embout du cathéter pour éviter toute contamination lorsqu’il n’est pas utilisé.

POINTS D’INSERTION :

- La veine basilique, cubitale médiane ou céphalique peut être cathétérisée. La veine basilique au-dessus de la fosse antécubitale est le site conseillé.



INSTRUCTIONS POUR L’INSERTION AVEC LA TECHNIQUE DE SELDINGER MODIFIÉE

- Lire attentivement les instructions avant d’utiliser cet appareil. Le cathéter doit être inséré, manipulé et retiré par un médecin qualifié, agréé ou un autre professionnel de santé qualifié, sous la direction d’un médecin.

- Les techniques et procédures médicales présentées dans ce mode d’emploi ne représentent pas tous les protocoles médicalement acceptables et ne sont pas destinées à se substituer à l’expérience et au jugement du médecin lors du traitement de tout patient en particulier.

- Utiliser les protocoles hospitaliers standard, le cas échéant.

AVANT LE PLACEMENT :

Identifier le point et la veine d’insertion, en tenant compte des variables suivantes :

- Diagnostic patient
- Âge et taille du patient
- Paramètres anatomiques inhabituels
- Type et objectif de la thérapie intraveineuse
- Temps d’arrêt anticipé du cathéter

- Appliquer un garrot sur le bras au-dessus du point d’insertion prévu.

- Sélectionner la veine en fonction de l’évaluation.

- Enlever le garrot.

PRÉPARATION DU CATHÉTER :

- Pré-rincer le cathéter, l’adaptateur pour port latéral et les ou les port(s) d’accès sans aiguille.

- Insérer soigneusement le stylet à fil dans le trou du bouchon bleu de l’adaptateur latéral et le faire descendre dans la lumière du cathéter.

- Fixer la seringue remplie de solution saline au connecteur Luer de l’adaptateur latéral, à l’adaptateur de rinçage et au cathéter. Clamper l’extension latérale et retirer la seringue. Si un cathéter à lumières multiples est utilisé, fixer le port d’accès sans aiguille à la ou aux extensions restantes. Fixer une seringue remplie de solution saline au port d’accès sans aiguille et complètement rincer la lumière.

Mise en garde : l’orifice d’accès sans aiguille ne doit pas être utilisé avec des aiguilles, une canule émoussée ou d’autres connecteurs non Luer, ou des connecteurs Luer présentant des défauts visibles. En cas de tentative d’accès par aiguille, l’orifice d’accès sans aiguille doit être remplacé immédiatement. Ne pas dépasser 100 déclenchements.

INSERTION :

- Une technique aseptique stricte doit être utilisée lors des procédures d’insertion, d’entretien et de retrait des cathéters. Prévoir un champ opératoire stérile. Utiliser des draps, des instruments et des accessoires stériles. Effectuer un brossage chirurgical. Porter une blouse, une casquette, des gants et un masque.

- Appliquer un garrot sur le bras au-dessus du point d’insertion prévu pour dilater la veine.

- Insérer l’aiguille d’introduction avec la seringue attachée dans la veine cible. Aspirer pour assurer un positionnement correct. Enlever le garrot.

- Retirer la seringue et placer le pouce sur l’extrémité de l’aiguille pour éviter toute perte de sang ou embolie gazeuse. Ramener l’extrémité flexible du fil-guide marqué 0,018 po vers l’avanceur jusqu’à ce que seule l’extrémité distale du système d’avance dans le pavillon de l’aiguille. Avancer le fil-guide avec un mouvement vers l’avant dans et au-delà du pavillon de l’aiguille dans la veine cible.

Mise en garde : le fil-guide est hydrophile. Hydrater avant l’utilisation.

Mise en garde : la longueur du fil inséré est déterminée par la taille du patient. Surveiller si le patient présente des signes d’arythmie tout au long de cette procédure. Le patient doit être placé sous surveillance cardiaque durant cette procédure. Des arythmies cardiaques peuvent survenir si on laisse le fil-guide passer dans l’atrium droit. Le fil-guide doit être bien tenu en place pendant cette procédure.

Remarque : Pour une autre méthode d’insertion, se référer à la section *Instructions pour l’insertion avec la technique de Seldinger*.

- Retirer l’aiguille en laissant le fil-guide dans la veine cible. Faire passer le dilatateur sur l’extrémité proximale du fil-guide dans la veine cible. Avancer le fil-guide jusqu’à ce qu’il atteigne la jonction caval atrial. Une fois le fil-guide en place, mesurer la profondeur du fil-guide en lisant les marques sur le fil. Retirer le fil-guide en laissant la gaine et le dilatateur dans la veine.

Mise en garde : NE PAS plier la gaine ou le dilatateur pendant l’insertion, car la flexion entraînerait une déchirure prématurée de la gaine. Tenir la gaine ou le dilatateur proche de l’embout (à environ 3 cm) lors de l’insertion initiale à travers la surface de la peau. Pour faire progresser la gaine ou le dilatateur vers la veine, saisir à nouveau la gaine ou le dilatateur à quelques centimètres (environ 5 cm) au-dessus de l’endroit où vous l’avez saisi et appuyer sur la gaine ou le dilatateur. Répéter la procédure jusqu’à ce que la gaine ou le dilatateur soit complètement inséré.

Mise en garde : ne jamais laisser la gaine en place comme cathéter à demeure. La veine sera endommagée.

- Desserrer le collier de verrouillage du port latéral et retirer le stylet au-delà du point où le cathéter doit être coupé d’au moins 1 cm (¼ po). Couper le cathéter sur la longueur déterminée par le marquage du fil-guide.

Mise en garde : ne jamais essayer de couper un stylet.

Mise en garde : toujours retirer le stylet au-delà de l’embout du cathéter avant l’insertion.

- Une fois que la longueur du cathéter et la position du stylet sont correctes, serrer le collier de verrouillage pour maintenir le stylet en place.

- Retirer le dilatateur de la gaine.

- Insérer l’embout distal du cathéter dans et à travers la gaine jusqu’à ce que l’embout du cathéter soit correctement positionné dans la veine cible.

- Retirer la gaine déchirable en tirant lentement hors du vaisseau et fendre simultanément la gaine en saisissant les languettes et en les écartant (un léger mouvement de torsion peut être utile).

Mise en garde : ne pas déchirer la partie de la gaine qui reste dans le vaisseau. Pour éviter d’endommager le vaisseau, tirer la gaine le plus loin possible et ne pas déchirer la gaine que quelques centimètres à la fois.

- Effectuer tout ajustement au cathéter sous radioscopie. L’embout distal doit être positionné au niveau de la jonction auriculaire cavale.

Mise en garde : ne pas clamper la partie lumière du cathéter.

- Desserrer le collier de verrouillage du port latéral. Retirer le stylet en appliquant une légère pression avec une main au-dessus du point d’insertion tout en saisissant le stylet avec l’autre main et en le tirant lentement vers l’arrière d’un mouvement constant. Retirer l’adaptateur du port latéral et le remplacer par un port d’accès sans aiguille. Fixer la seringue remplie de solution saline au port d’accès sans aiguille, aspirer la lumière et rincer ensuite avec la solution saline.

Mise en garde : en cas de difficulté ou d’entassement de la lumière du cathéter lors du retrait du stylet , un rinçage supplémentaire du cathéter peut être utile. Il peut être nécessaire de repositionner le cathéter pour permettre le retrait du stylet.

Mise en garde : ne pas tenter de réinsérer le stylet une fois qu’il a été retiré.

Mise en garde : ne jamais laisser le stylet en place après l’insertion d’un cathéter; cela peut entraîner des blessures. Retirer le stylet et l’adaptateur latéral après l’insertion.

- Fixer la seringue ou les seringues à l’extension ou aux extensions. Le sang doit pouvoir être aspiré facilement. En cas de résistance excessive à l’aspiration du sang, il peut être nécessaire de repositionner le cathéter pour obtenir un débit adéquat.

- Une fois l’aspiration adéquate, les lumières doivent être irriguées avec des seringues remplies de solution saline.

Mise en garde : les petites seringues génèrent une pression excessive et peuvent endommager le cathéter. Il est recommandé d’utiliser des seringues de dix (10) cm3 ou plus.

- Retirer la seringue ou les seringues. Éviter une embolie gazeuse en aspirant puis en rinçant le cathéter avec de la solution saline avant chaque utilisation. À chaque changement de raccord de tubulure, purger l’air du cathéter et de tous les tubes et bouchons de raccordement.

- Confirmer et noter le bon emplacement de l’embout par une radioscopie avant l’utilisation. L’embout distal doit être positionné au niveau de la jonction auriculaire cavale.

Mise en garde : ne pas vérifier la mise en place du cathéter peut entraîner des blessures graves ou des complications mortelles.

Remarque : S’il n’y a pas de retour de sang, vérifier la position du cathéter avant de l’utiliser.

FIXATION DU CATHÉTER ET PANSEMENT DES PLAIES :

- Le point d’insertion et la partie externe du cathéter doivent toujours être couverts par un pansement de protection.

- Couvrir le point d’émergence avec un pansement occlusif conformément à la politique de l’établissement.

- Noter la longueur du cathéter, le numéro de lot du cathéter et la position de l’embout sur le dossier du patient.

INSTRUCTIONS POUR L’INSERTION AVEC LA TECHNIQUE DE SELDINGER

- Suivre les instructions pour l’insertion avec la technique Seldinger modifiée, jusqu’à l’étape 5.*
- Retirer l’aiguille en laissant le fil-guide dans la veine cible. Avancer le fil-guide jusqu’à ce qu’il atteigne la jonction caval atrial. Une fois le fil-guide en place, mesurer la profondeur du fil-guide en lisant les marques sur le fil.
- Couper le cathéter sur la longueur déterminée par le marquage du fil-guide.
- Insérer l’embout proximal du fil dans l’extrémité distale de la lumière du cathéter. Introduire la lumière du cathéter dans le vaisseau en suivant le fil-guide. Avancer la lumière du cathéter le long du fil-guide jusqu’à ce que l’embout distal soit correctement positionné dans la veine cible. L’embout distal doit être positionné au niveau de la jonction auriculaire cavale.

Mise en garde : Une incision dans la peau peut être requise pour pousser le cathéter doucement dans le vaisseau.

- Effectuer tout ajustement au cathéter sous radioscopie. L’embout distal doit être positionné au niveau de la jonction auriculaire cavale.

Mise en garde : ne pas clamber la partie lumière du cathéter.

- Retirer le fil-guide du cathéter. Retirer en appliquant une légère pression avec une main au-dessus du point d’insertion tout en saisissant le fil de 130 cm avec l’autre main et en le tirant lentement vers l’arrière d’un mouvement constant.
- Suivre les *instructions d’insertion* avec la technique Seldinger modifiée, à partir de l’étape 14.

PROCÉDURE D’INJECTION SOUS PRESSION

- Retirer l’obturateur avec point d’injection ou sans aiguille du cathéter Pro-PICC® CT.
- À l’aide d’une seringue de 10 cm3 ou plus, aspirer la ou les lumières du cathéter pour en assurer la perméabilité et retirer la solution de verrouillage. Jeter la ou les seringues.
- Fixer une seringue de 10 cm3 ou plus remplie de solution saline normale stérile et rincer vigoureusement le cathéter avec les 10 cm3 de solution saline normale stérile.

Avertissement : ne pas s’assurer de la perméabilité du cathéter avant les traitements par injection sous pression peut entraîner une défaillance du cathéter.

- Détacher la seringue.

- Fixer le dispositif d’injection sous pression au cathéter Pro-PICC® CT selon les recommandations du fabricant.

Avertissement : toujours utiliser une tubulure de connexion entre la seringue de l’injecteur sous pression et le cathéter. Ne pas essayer de brancher la seringue de l’injecteur sous pression directement sur le cathéter. Des dommages peuvent en résulter.

- Compléter l’étude d’injection sous pression en veillant à ne pas dépasser les limites de débit.

Avertissement : dépasser le débit maximal peut entraîner une défaillance du cathéter ou le déplacement de l’embout du cathéter.

- Débrancher le dispositif d’injection sous pression.
- Rincer le cathéter Pro-PICC® CT avec 10 cm3 de solution saline normale stérile, à l’aide d’une seringue de 10 cm3 ou plus. Pour les cathéters à plusieurs lumières, il faut rincer toutes les lumières après une injection sous pression.
- Remettre l’obturateur avec point d’injection ou sans aiguille du cathéter Pro-PICC® CT.

PERFUSION

- Avant de commencer la perfusion, toutes les connexions doivent être examinées avec soin.

- Des inspections visuelles fréquentes doivent être effectuées pour détecter les fuites afin d’éviter les pertes sanguines ou les embolies gazeuses.

- Si une fuite est détectée, le cathéter doit être clampé immédiatement et remplacé.

- Les mesures correctives nécessaires doivent être prises avant la poursuite du traitement.

Remarque : une perte de sang excessive peut entraîner un choc pour le patient.

SURVEILLANCE DE LA PRESSION VEINEUSE CENTRALE

- Pour la surveillance de la pression veineuse centrale, il est recommandé d’utiliser un cathéter de calibre 20 ou plus.

- Avant de procéder à la surveillance de la pression veineuse centrale (PVC) :
 - Veiller au bon positionnement de l’embout du cathéter.
 - Rincer vigoureusement le cathéter avec une solution saline normale.
 - S’assurer que le transducteur de pression se trouve au niveau de l’atrium droit.

- Il est recommandé de maintenir une perfusion continue de solution saline (3 ml/h) dans le cathéter tout en mesurant la PVC afin d’améliorer la précision des résultats.

- Utiliser les protocoles de votre institution pour les procédures de surveillance de la pression veineuse centrale.

Avertissement : la surveillance de la PVC doit toujours être faite en conjonction avec d’autres mesures d’évaluation du patient lors de l’évaluation de la fonction cardiaque.

ENTRETIEN DU CATHÉTER

- Changement de pansement** – Un pansement doit couvrir le point d’insertion en tout temps. Le pansement doit être changé selon la politique institutionnelle ou chaque fois que le pansement est souillé, mouillé, ou non occlusif.

Remarque : lors de tout changement de pansement, il convient d’évaluer la longueur externe du cathéter afin de déterminer s’il y a eu migration du cathéter. Confirmer périodiquement la mise en place du cathéter et l’emplacement de l’embout par méthode d’imagerie.

Rinçage et entretien – Le cathéter doit être entretenu conformément à votre politique institutionnelle. Les rinçages/entretiens de cathéters recommandés sont les suivants :

- La valve n’est pas un obstacle à l’infection. Une technique aseptique stricte doit être utilisée lors de toutes les manœuvres et de tous les changements de capuchons.

- Rincer le cathéter après chaque utilisation, ou au moins une fois par semaine lorsqu’il n’est pas utilisé. Utiliser une seringue de 10 cm3 ou plus.

- Le cathéter doit être rincé avec une solution saline normale avant l’administration du médicament afin de vérifier la perméabilité.

- Après l’administration du médicament, chaque lumière doit être rincée avec un minimum de 10 cm3 de solution saline normale, en utilisant une technique de « pulsation » ou « arrêt/démarrage » pour maintenir la perméabilité. L’utilisation d’une solution saline héparinée pour bloquer chaque lumière du cathéter est facultative.

- Toujours retirer les seringues lentement tout en injectant le dernier 0,5 ml de solution saline.

- Appliquer un embout stérile sur l’embout du cathéter pour éviter toute contamination lorsqu’il n’est pas utilisé.

- Pour éviter une chute du volume de liquide (permettant l’entrée d’air) lors du changement de l’obturateur avec point d’injection, maintenir le connecteur sous le niveau du cœur du patient avant de retirer l’obturateur avec point d’injection.

Remarque:Lorsqu’ilestentretenuconformément à ces instructions, le Pro-PICC® CT avec technologie à valve ne nécessite pas l’utilisation de solution saline héparinée pour bloquer les lumières du cathéter. Toutefois, l’utilisation d’une solution saline héparinée n’aura pas d’effet négatif sur le cathéter et peut être nécessaire en fonction de l’état du patient ou de l’utilisation d’autres techniques de rinçage et de verrouillage.

Obturateur avec point d’injection – Les obturateurs avec point d’injection ou les ports d’accès sans aiguille doivent être remplacés en accord avec la politique institutionnelle. Ne pas dépasser 100 déclenchements avec les ports d’accès sans aiguille fournis.

RENDEMENT DES CATHÉTERS

- Cathéter partiellement ou totalement obstrué**–En cas de résistance à l’aspiration ou au rinçage, la lumière peut être partiellement ou totalement occluse.

Avertissement : ne pas tenter de rincer malgré la résistance.

- Si la lumière n’aspire pas ou n’est pas rinçable, et s’il a été déterminé que le cathéter est bloqué par du sang, suivre la procédure institutionnelle de retrait de caillot.

INFECTION :

Mise en garde : en raison du risque d’exposition au VIH ou à d’autres pathogènes hématogènes, les professionnels de santé doivent toujours appliquer les *précautions universelles relatives au sang et aux liquides organiques* dans le cadre des soins prodigués à tous les patients.

- Une méthode stérile doit toujours être strictement appliquée.

- Une infection reconnue cliniquement doit être traitée rapidement selon la politique institutionnelle.

RETRAIT DU CATHÉTER

Avertissement : seul un médecin possédant une formation technique appropriée doit pratiquer les procédures suivantes.

Avertissement : avant de retirer un cathéter, il faut toujours passer en revue le protocole de l’établissement, les complications potentielles et leur traitement, les avertissements et les précautions.

- Se laver les mains, rassembler le matériel.

- Enlever le pansement et inspecter le point d’insertion pour détecter toute rougeur, sensibilité et drainage.

- Saisir le cathéter près du point d’insertion et, en effectuant un mouvement lent et régulier, retirer le cathéter de la veine.

- Si une résistance se fait sentir – ARRÊTER. Reposer un ruban sur le cathéter et appliquer une compresse chaude à l’extrémité pendant 20 à 30 minutes.

- Reprendre la procédure de retrait. Si d’autres difficultés surviennent, suivre la politique institutionnelle pour une intervention plus poussée.

- Appliquer une pression, si nécessaire, jusqu’à ce que le saignement cesse et mettre un pansement selon la politique institutionnelle.

Remarque : inspecter le cathéter et mesurer la longueur. Elle doit être égale à la mesure de référence prise lors de l’insertion du cathéter.

<i>Spécification de rendement</i>	Dimension de calibre	Débit d’écoulement par gravité	
		cm3/min	
Simple lumière	4 F x 55 cm	18 ga	17,6
	5 F x 60 cm	18 ga	23,5
Double lumière	5 F x 55cm	18 ga	7,3
Triple lumière	6 F x 60 cm	17 ga	11,6
		2 x 19 ga	3,1

GARANTIE

Medcomp® GARANTIT QUE CE PRODUIT A ÉTÉ FABRIQUÉ SELON LES NORMES ET LES SPÉCIFICATIONS APPLICABLES. L’ÉTAT DU PATIENT, LE TRAITEMENT CLINIQUE ET LE L’ENTRETIEN DU PRODUIT PEUT AFFECTER LE RENDEMENT DE CE PRODUIT. L’UTILISATION DE CE PRODUIT DOIT ÊTRE CONFORME AUX INSTRUCTIONS FOURNIES ET COMME INDIQUÉ PAR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR.

Garantie limitée – Les produits Medcomp® sont garantis sans défaut de fabrication pendant une période de 12 mois à compter de la date de fabrication.

En raison de l’amélioration continue du produit, les prix, les spécifications et la disponibilité des modèles sont sujets à des modifications sans préavis. Medcomp® se réserve le droit de modifier ses produits ou son contenu conformément à toutes les exigences réglementaires pertinentes.

Medcomp® et Pro-PICC® sont des marques de Medical Components, Inc. enregistrées aux États-Unis.

Garantie limitée – Les produits Medcomp® sont garantis sans défaut de fabrication pendant une période de 12 mois à compter de la date de fabrication.

Garantie limitée – Les produits Medcomp® sont garantis sans défaut de fabrication pendant une période de 12 mois à compter de la date de fabrication.

Garantie limitée – Les produits Medcomp® sont garantis sans défaut de fabrication pendant une période de 12 mois à compter de la date de fabrication.

Garantie limitée – Les produits Medcomp® sont garantis sans défaut de fabrication pendant une période de 12 mois à compter de la date de fabrication.

Garantie limitée – Les produits Medcomp® sont garantis sans défaut de fabrication pendant une période de 12 mois à compter de la date de fabrication.

Garantie limitée – Les produits Medcomp® sont garantis sans défaut de fabrication pendant une période de 12 mois à compter de la date de fabrication.

Garantie limitée – Les produits Medcomp® sont garantis sans défaut de fabrication pendant une période de 12 mois à compter de la date de fabrication.

Garantie limitée – Les produits Medcomp® sont garantis sans défaut de fabrication pendant une période de 12 mois à compter de la date de fabrication.

Garantie limitée – Les produits Medcomp® sont garantis sans défaut de fabrication pendant une période de 12 mois à compter de la date de fabrication.

Garantie limitée – Les produits Medcomp® sont garantis sans défaut de fabrication pendant une période de 12 mois à compter de la date de fabrication.

Garantie limitée – Les produits Medcomp® sont garantis sans défaut de fabrication pendant une période de 12 mois à compter de la date de fabrication.

Garantie limitée – Les produits Medcomp® sont garantis sans défaut de fabrication pendant une période de 12 mois à compter de la date de fabrication.

Garantie limitée – Les produits Medcomp® sont garantis sans défaut de fabrication pendant une période de 12 mois à compter de la date de fabrication.

Garantie limitée – Les produits Medcomp® sont garantis sans défaut de fabrication pendant une période de 12 mois à compter de la date de fabrication.

Garantie limitée – Les produits Medcomp® sont garantis sans défaut de fabrication pendant une période de 12 mois à compter de la date de fabrication.

Garantie limitée – Les produits Medcomp® sont garantis sans défaut de fabrication pendant une période de 12 mois à compter de la date de fabrication.

Garantie limitée – Les produits Medcomp® sont garantis sans défaut de fabrication pendant une période de 12 mois à compter de la date de fabrication.

Garantie limitée – Les produits Medcomp® sont garantis sans défaut de fabrication pendant une période de 12 mois à compter de la date de fabrication.

Garantie limitée – Les produits Medcomp® sont garantis sans défaut de fabrication pendant une période de 12 mois à compter de la date de fabrication.

Garantie limitée – Les produits Medcomp® sont garantis sans défaut de fabrication pendant une période de 12 mois à compter de la date de fabrication.

Garantie limitée – Les produits Medcomp® sont garantis sans défaut de fabrication pendant une période de 12 mois à compter de la date de fabrication.

Garantie limitée – Les produits Medcomp® sont garantis sans défaut de fabrication pendant une période de 12 mois à compter de la date de fabrication.

Garantie limitée – Les produits Medcomp® sont garantis sans défaut de fabrication pendant une période de 12 mois à compter de la date de fabrication.

Garantie limitée – Les produits Medcomp® sont garantis sans défaut de fabrication pendant une période de 12 mois à compter de la date de fabrication.

Garantie limitée – Les produits Medcomp® sont garantis sans défaut de fabrication pendant une période de 12 mois à compter de la date de fabrication.

Garantie limitée – Les produits Medcomp® sont garantis sans défaut de fabrication pendant une période de 12 mois à compter de la date de fabrication.

Garantie limitée – Les produits Medcomp® sont garantis sans défaut de fabrication pendant une période de 12 mois à compter de la date de fabrication.

Garantie limitée – Les produits Medcomp® sont garantis sans défaut de fabrication pendant une période de 12 mois à compter de la date de fabrication.