



Forslag til tjeklister til brug ved hhv. anlæggelse/skift og daglig håndtering af urinvejskateter

Beboer

Dato

| A. Ved kateteranlæggelse og -skift | Ja | Nej | Ikke relevant |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|---------------|
| Udført håndhygiejne? | | | |
| Anvendes sterile urinvejskatetre og aseptisk teknik ved anlæggelsen? | | | |
| Anvendes sterile handsker ved anlæggelsen? | | | |
| Anvendes korrekt gel ved anlæggelsen? | | | |
| Er slange og pose korrekt placeret og fikseret, så fri drænage er sikret ved alle kroppsstillinger, og posen ikke rører gulvet? | | | |

Beboer

Dato

| B. Ved daglig hygiejne, anden kateterhåndtering og skift/tømning af urinpose | Ja | Nej | Ikke relevant |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|---------------|
| Udført håndhygiejne? | | | |
| Anvendes rene handsker? | | | |
| Er der udført almindelig nedre hygiejne med lunkent vand en gang dagligt? | | | |
| Er slange og pose korrekt placeret og fikseret, så fri drænage er sikret ved alle kroppsstillinger, og posen ikke rører gulvet? | | | |
| Er dato for skift af posen overholdt (maks. 1 uge)? | | | |
| Er dato for kateterskift overholdt? | | | |

Kilde: Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer til forebyggelse af urinvejsinfektion i forbindelse med urinvejsdrænage og inkontinentshjælpemidler, Statens Serum Institut, 2014.