

КП № 197 КОНСТРУИРАНЕ НА ПОСТОЯНЕН ДОСТЪП ЗА ХРОНИОХЕМОДИАЛИЗА И ЗА ПОСТАВЯНЕ НА ПОРТ-А-КАТ ЗА ХИМИОТЕРАПИЯ

Минимален болничен престой - 1 ден

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9КМ

ПУНКЦИЯ НА СЪД

Изключва:

Такава за циркулаторно мониториране - 89.60-89.69

*38.95 ВЕНОЗНА КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ЗА БЪБРЕЧНА ДИАЛИЗА

Изключва:

инсерция на напълно имплантабилно съдово устройство за достъп - 86.07

Венозна катетеризация

- 13815-01 Перкутанна катетеризация на централна вена
Перкутанна катетеризация на следните вени:
• феморална
• югуларна
• субклавна
Перкутанен централен венозен път
Не включва: с поставяне на устройство за съдов достъп (34528-02 [766])
- 13815-00 Катетеризация на централна вена
Централен венозен път
Отворена, разрезна [венесекция] катетеризация на следните вени:
• феморална
• югуларна
• субклавна
Не включва: с поставяне на устройство за съдов достъп (34528-02 [766])

ДРУГ ШЪНТ ИЛИ СЪДОВ БАЙПАС

*39.27 АРТЕРИОВЕНОСТОМИЯ ЗА БЪБРЕЧНА ДИАЛИЗА

анастомоза за бъбречна диализа

образуване на (периферна) артериовенозна фистула за бъбречна диализа

кодирай също всяка бъбречна диализа - 39.95

Процедури при хирургично създадена артериовенозна фистула

- 34509-00 Артериовенозна анастомоза на долен крайник
Конструирание на артериовенозна фистула на долен крайник без графт
- 34509-01 Артериовенозна анастомоза на горен крайник
Конструирание на артериовенозна фистула на горен крайник без графт
- 34512-00 Конструирание на артериовенозна фистула с венозен графт

РЕВИЗИЯ НА СЪДОВА ПРОЦЕДУРА

* 39.42 РЕВИЗИЯ НА АРТЕРИОВЕНОЗЕН ШЪНТ ЗА БЪБРЕЧНА ДИАЛИЗА

промяна (за бъбречна диализа):

от анастомоза край с край в край със страна

от анастомоза край със страна в край с край

от канюла съд до съд в артериовенозен шънт

отстраняване на стар артериовенозен шънт и създаване на нов шънт

Изключва:

смяна на канюла съд до съд - 39.94

Процедури при външен артериовенозен шънт

- 34500-01 Подмяна на външен артериовенозен шънт
Изваждане и повторно поставяне на външен артериовенозен шънт
Ревизия на външен артериовенозен шънт

13106-00 Тромбектомия на външен артериовенозен шънт
Тромбектомия на външен артериовенозен шънт

Процедури при хирургично създадена артериовенозна фистула

34515-00 Тромбектомия на артериовенозна фистула
Хирургична тромбектомия на артериовенозна фистула

34518-00 Възстановяване на оперативно създадена артериовенозна фистула

Корекция на стеноза }
Ревизия } на артериовенозна фистула БДУ
Суперфициализация }

Включва: патч графт

Не включва: такава с:

- тромбектомия (34515-00 [765])
 - транслуменна балонна ангиопластика:
 - отворена (35303-07 [754])
 - перкутанна (35303-06 [754])
- за протеза (графт) устройство за артериовенозен достъп (34518-01 [765])

34518-01 Корекция на протезно (графт) устройство за артериовенозен достъп
Корекция на стеноза }
Ревизия } за протезно (графт) устройство за артериовенозен достъп БДУ

Включва: патч графт

Не включва: • транслуменна балонна ангиопластика:

- отворена (35303-07 [754])
- перкутанна (35303-06 [754])

*39.43 ОТСТРАНЯВАНЕ НА АРТЕРИОВЕНОЗЕН ШЪНТ ЗА БЪБРЕЧНА ДИАЛИЗА

Изключва:

такова със смяна (ревизия) на шънт - 39.42

Процедури при външен артериовенозен шънт

34506-00 Отстраняване на външен артериовенозен шънт
Не включва: при подмяна (34500-01 [764])

Процедури при хирургично създадена артериовенозна фистула

34130-00 Затваряне на хирургически създадена артериовенозна фистула на крайник

*86.07 ИНСЕРЦИЯ НА НАПЪЛНО ИМПЛАНТАБИЛНО СЪДОВО УСТРОЙСТВО ЗА ДОСТЪП за болни на химиотерапия

Устройство за съдов достъп

Инфузионен порт

Port-A-Cath

Резервоар (подкожен)

Забележка: Устройство за съдов достъп е имплантиран венозен катетър с прикрепен резервоар

Кодирай също когато е направено:

- прилагане на фармацевтичен агент (96199 [1920])
- зареждане на медикамент отделящо устройство (96209 [1920])

34528-02 Поставяне на устройство за съдов достъп

Включва: катетеризация
свързване на медикамент отделящо устройство (външна инфузионна помпа)
подкожно тунелиране на (запушен) катетър

34530-06 Ревизия на устройство за съдов достъп

Подмяна на устройство за съдов достъп

Включва: катетеризация
откачане и повторно свързване на медикамент отделящо устройство (външна

	инфузионна помпа)
	подкожно тунелиране на (запушен) катетър
	<i>Не включва:</i> поддържане (отделно) на устройство за съдов достъп (13939-02 [1922])
34530-05	Премахване на устройство за съдов достъп
	<i>Включва:</i> откачане на медикамент отделящо устройство (външна инфузионна помпа)
	<i>Не включва:</i> при подмяна (34530-06 [766])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура.

Забележка: За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

I. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение минимум I ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Хирургия” и II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Диализно лечение” (с изключение на дейността **по код *86.07**) по изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

1. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/ Апаратура и оборудване
1. Клиника/отделение по съдова хирургия или Клиника/отделение по хирургия/детска хирургия или клиника/отделение по нефрология/диализа - с изключение на код *86.07

2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория с I ниво на компетентност
5. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по съдова хирургия/хирургия.

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/ Апаратура и оборудване
1. Ангиограф или КАТ или МРТ, разположени на територията на населеното място (като се осигури 24-часов достъп, включително в условия на спешност).
2. Клинична патология – на територията на населеното място.

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- двама с призната медицинска специалност по съдова хирургия или един с придобита специалност и един специализиращ

или

двама лекари с придобита медицинска специалност по хирургия;

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.
- лекар със специалност по нефрология

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по съдова хирургия или друг специалист

или

двама лекари с придобита медицинска специалност по хирургия или лекар с придобита специалност по детска хирургия

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по детски болести или детска нефрология и/или нефрология.

ЗАБЕЛЕЖКА: При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

ЗАБЕЛЕЖКА: При липса на клиника/отделение по съдова хирургия, постоянният съдов достъп се изпълнява в клиника/отделение по хирургия.

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Порт-а-кат за химиотерапия	НЗОК не заплаща посочения консуматив
Постоянен катетър за диализа	НЗОК не заплаща посочения консуматив

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1.1. СПЕШНИ:

- кървене от областта на съдов достъп;
- имплантиране на порт-а-кат за химиотерапия

1.2. ПЛАНОВИ:

- създаване на първичен съдов достъп;
- създаване на вторичен съдов достъп;
- ликвидиране на съдов достъп;
- аневризма на съдов достъп;
- тромбоза на съдов достъп;
- супурация на съдов достъп;
- създаване на постоянен достъп за перитонеална диализа;
- имплантиране на порт-а-кат за химиотерапия.

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ В ПОСОЧЕНИТЕ ВАРИАЦИИ И ВЪЗМОЖНОСТИ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

За осъществяването на постоянен съдов достъп начина на извършване на първата интервенция определя бъдещите резултати.

При невъзможност за създаване на директна AV (артерио-венозна) фистула се налага използване на трансплантат, най-често съдова протеза - на бедро, брахиум или на трупа, в права или дъговидна форма. Стремехът е да се осигури удобна за канюлиране дължина на трансплантата. Операторът трябва да се съобрази със запазване на възможности за бъдещ съдов достъп. При избор на място за създаване на съдов достъп с имплантиране на трансплантат (протеза) се препоръчва:

Имплантация на брахиума.

Имплантация на бедрото.

Друга локализация.

В случаите, когато са изчерпани възможностите на съществуващия постоянен достъп, може да се наложи поставяне на венозен катетър във вена югуларис или вена субклавия.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

При невъзможност за създаване на директна AV (артерио-венозна) фистула и/или при изрично настояване на пациента се извършва имплантиране на катетър за перитонеална диализа. Преди извършването на интервенцията операторът трябва да се съобрази със наличието на противопоказания за перитонеална диализа – възпалителни заболявания на перитонеума, илеусни състояния, абдоминални оперативни интервенции и други.

Подготовката на болния за извършване на оперативна процедура за **имплантиране на порт-а-кат** включва задължителна консултация и мнение от лекар със специалност онкология. Консултацията се документира и прилага към ИЗ на пациента.

Процедурата се извършва под местна анестезия в два варианта:

- Отворена
- Пункционна

1. За осъществяване на процедурата е нужно болния да няма данни за алергична анамнеза. При наличие на такава същият се насочва за консултация с алерголог и провеждане на адекватно лечение;

2. Извършва се пълен набор от лабораторни изследвания с оглед изключване на заболявания или състояние водещи до интраоперативно кървене (тромбоцитопения, уремия, провеждана антикуагулатна терапия и др.) или опасност от тромбемболия;

3. Консултация с кардиолог и пулмолог при необходимост (прекарал инфаркт, ляв бедрен блок, белодробна еболия и др.);

4. Определяне на метода за имплантиране на катетъра;

5. При отворения метод се извършва кожен разрез в делтоидопекторалната зона, дисецира се вена цефалика, извършва се венесекция на същата и през нея се поставя катетъра във вена субклавия, а от там във вена кава супериор. През направения кожен разрез се осъществява джоб за имплантиране на капсулата;

6. При пункционния метод директно се пунктира вена субклавия или вена югуларис през които се поставя катетъра във вена кава супериор. С отделен кожен разрез се конструира подкожен джоб за поставяне на капсулата, която се свързва с катетъра посредством тунелизиране на подкожието;

7. На следващия ден задължително се извършва промивка на катетъра с хепарин и се прави превръзка.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Оформя се след проведените диагностични изследвания и оперативно лечение.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Пациентът се изписва след задължителна ултразвукова диагностика за работеща фистула, или други методи, доказани в практиката, по преценка на оператора.

Критерии за дехоспитализация при постоянен достъп за перитонеална диализа – функциониращ перитонеален катетър.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредбата за диспансеризация, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 40 от 2004 (обн. ДВ бр. 97/9.12.2011г.)

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в *“История на заболяването”* (ИЗ) и в част II на *“Направление за хоспитализация”*, бл.МЗ – НЗОК №7.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти *“Анестезия и интензивно лечение”* и *“Хирургия”*.

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти *“Хирургия”*).

3.3. Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”*;

- част III на *“Направление за хоспитализация”*, бл.МЗ – НЗОК №7;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДОКУМЕНТИ №2 И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)**За какво е необходим постоянен съдов достъп и какво представлява той?**

Постоянният съдов достъп за хемодиализа е задължително условие за провеждане на съвременна хронична диализа при всички болни в напреднал стадий на хронична бъбречна недостатъчност (ХБН). По принцип той представлява създадена по оперативен път изкуствена комуникация между артериалната и венозната система (артерио-венозна фистула) на един от крайниците. Независимо дали това става чрез повърхностни вени на горен крайник, например, или чрез имплантирана подкожно изкуствена съдова протеза, по такъв начин се получава възможност за формиране на подкожен артериален съд, какъвто нормално не съществува. Чрез тази артериална система се осигурява приток на достатъчно количество кръвен ток, необходим за провеждане на хемодиализа със съвременна апаратура за хронична диализа. А без хемодиализа, животът на пациента в напреднал стадий на ХБН е невъзможен.

Кога, при какви условия, къде и от кого трябва да се извърши операцията?

Операцията за създаване на съдов достъп за хемодиализа се планира и извършва от съдов хирург с необходимия опит в тази област. Препоръчва се тя да бъде направена при наличие на индикации за започване на хемодиализа в близките седмици. За нейното извършване са необходими определени условия, зависещи от показателите на кръвното налягане, кръвната картина, биохимичните изследвания на кръвта и общото състояние на пациента. Операционната намеса трябва да бъде осъществена от специалист – съдов хирург в специализирана операционна зала, при осигуряване на стерилност.

Какви опасности и усложнения могат да се получат следоперативно и как могат да бъдат избегнати?

Създаването на артериовенозна фистула поставя венозната система на крайника в необичайни условия и води до изпъкване и “пулсиране” на вените на крайника. Тъй като са със сравнително тънки стени, те трябва да се пазят от травми, които могат да доведат до кръвотечение с необходимост от премахване на съдовия достъп. Оперативните рани трябва да се пазят от инфектиране с превръзка до сваляне на конците. Когато се постави подкожна съдова протеза, тя също трябва да се пази от травми и убождане и да става внимателно, с правилата за добра медицинска практика, защото всеки по-голям кръвоизлив след разкъсване на стената на протезата може да доведе до инфекция или запушване на изкуствения кръвоносен съд. И в двата случая това значи нова операция, а понякога и повече операции, често с по-голям риск за болния и по-малка вероятност за успех. Не трябва да се забравя, че радикалното лечение (бъбречна трансплантация) понякога се забавя с години, а през това време съдовият достъп за хемодиализа е жизнено необходим, което значи, че веднъж сполучливо направен, той трябва да бъде пазен!

Създаване на постоянен достъп за перитонеална диализа – информация за пациента:

Индикация за перитонеална диализа може да бъде невъзможността за създаване на AV-шънт или при изрично настояване от страна на пациента поради затруднено извършване на диализната процедура.

Перитонеалната диализа е процедура с по-висок риск. Извършва се под обща анестезия, създава риск от нараняване на коремни органи и съществува вероятност от възникване на усложнения, най-често от възпалителен характер. Това е причината този метод да не се препоръчва като първи метод за диализа.

Защо е необходим катетър за постоянен венозен съдов достъп за химиотерапия:

Поставянето на постоянен венозен катетър осигурява възможност за провеждане на продължителни инфузии на цитостатици по време на лечението, взимане на кръвни проби, трансфузия на кръвни продукти и парантерално хранене при необходимост. Много от интравенозно въведените лекарствени продукти и по специално химиотерапевтиците имат силно изразен възпалителен ефект върху малките периферни вени. Поставянето на катетъра в v. cava superior осигурява широк лумен и бързо преминаване на лекарственото средство през вената. По този начин се избягват десетките убождания по ръцете, свързаните с тях хематоми и възпалителни усложнения, които понякога възпрепятстват провеждането на курса химиотерапия.

Какво представлява катетъра за постоянен съдов достъп

Устройството се състои от две части: малък резервоар с самохерметизираща се мембрана която се поставя под кожата и катетър изхождащ от резервоара, който се поставя в v. Cava sup. през v. subclavia или v.jugularis

Кой трябва да постави катетъра: катетъра се поставя от хирург или съдов хирург с необходимият опит в съответната област.

Процедура на поставянето на катетъра: катетъра за постоянен съдов достъп се поставя под местна анестезия. За тази цел пациента не трябва да бъде алергичен. При анамнеза за алергия същият трябва да се изследва при алерголог и при доказване на чувствителност да проведе предоперативна терапия. Поставянето на катетъра може да се извърши по отворен хирургичен път или директно чрез пункция .

Усложнения свързани с поставянето на катетъра

1.Непосредствени усложнения:

1.1.Пневмоторакс – честотата на това усложнение е 0.5% при поставяне в югуларната вена и четири пъти по-висока при поставяне във вена субклавия. При опитни хирурзи риска е сведен до минимум.

1.2.Кървене

Много от пациентите са с повишен риск от кървене дължащ се на тромбоцитопения, уремия, провеждана антикуагулатна терапия, кървене от перфорационното отворствие на съдовата стена.

1.3.Сърдечна аритмия

Наблюдава се при контакт на катетъра с дясното предсърдие. Обикновено те са краткотрайни и бързо отзвучават. Наблюдават се при пациенти след прекаран инфаркт или с ляв бедрен блок

2.Късни усложнения

- Инфекциозни усложнения
- Запушване на катетъра
- Екстравазат (излизане на цитостатик извън мембраната под кожата)