

PRODUKT INFORMATIONEN FÜR OP-PERSONAL

Diese Anweisungen sind zur fachlichen Information vor dem Eingriff gedacht und sollten sorgfältig gelesen werden.

Beschreibung

INVOTEC-Endotrachealtuben dienen zur chirurgischen Therapie trachealer und subglottischer Stenosen sowie zur Rekonstruktion der zervikalen und thorakalen Trachea. Die aus Silikon medizinischer Qualität hergestellten Tuben sollen die trachealen Luftwege offenhalten und ein Atmen durch den Kehlkopf ermöglichen. Sie erlauben eine normale Befeuchtung und Phonation und unterstützen die Therapie akuter Trachealläsionen.

Indikationen

- Der T-Tubus kann sowohl als Luftröhrenstent als auch als Tracheotomietubus verwendet werden und ist unter folgenden Umständen einsetzbar:
- bei einer Kehlkopfstenose, wenn der zervikale oder thorakale Luftweg nicht wiederherstellbar ist oder als Ersatz für die zervikale Trachea, wenn diese sich nicht wiederherstellen oder rekonstruieren läßt;
 - zur Unterstützung nach einer Rekonstruktion der zervikalen Trachea;
 - vor der Rekonstruktion zur Erhaltung einer ausreichenden Durchgängigkeit der Luftwege bis zum Abklingen der Entzündung;
 - wenn wegen einer früheren Operation die noch vorhandene Trachea für eine Rekonstruktion nicht ausreicht;
 - bei einer Segmentresektion und -anastomose;
 - wenn eine Operation bei dem Patienten nicht in Frage kommt.

Kontraindikationen

Der T-Tubus kann nicht zur Verhinderung einer Aspiration oder als Kanal für Druckbeatmung verwendet werden. Es sollte vorher festgelegt werden, ob der proximale Teil auf den Stimmbändern aufliegen soll.

- Vorsicht: - Das Produkt ist nur für die Verwendung durch jeweils einen einzigen Patienten gedacht.
- Das Produkt wird UNSTERIL versandt.

Sterilisation

SCHRITT 1: Nach dem Herausnehmen des Produkts aus der Packung wird der T-Tubus unter Verwendung sauberer Handschuhe mit sauberem Wasser abgespült und anschließend mit einem flusenfreien Tuch trockengetupft.

SCHRITT 2: Das Produkt wird in einen Sterilisationsbehälter gelegt, wobei auf dem Sterilisationsetikett die entsprechenden Angaben vermerkt werden.

SCHRITT 3: Das Produkt wird in einem Dampfautoklav sterilisiert: Dampfsterilisation: Schnellsterilisation mit Dampf während 3 min bei 130° C (270° F) und einem Druck von 2 kg/cm² (30 psi).

Handhabung

1. Der Endotrachealtubus sollte verschlossen bleiben oder nach Möglichkeit mit einer Sprechkanüle versehen sein, um die Trachea feucht zu halten und eine normale Phonation und Atmung zuzulassen.
2. Vor dem Reinigen ist der Stopfen herauszunehmen. Um den Stopfen nicht zu verlegen, sollte er an einem sauberen Ort aufbewahrt werden.
3. Der Endotrachealtubus kann 2-3mal täglich oder entsprechend den Anweisungen des Arztes abgesaugt werden. Der äußere Teil des Tubus wird dazu nach oben oder nach unten gekippt, um die Absaugspitze an das untere oder das obere Ende zu bringen. Zur Schleim- und Sekretabsaugung wird der Absaugkatheter langsam und vorsichtig eingeführt.
4. Der äußere Teil wird mit Hilfe eines in Wasserstoffsuperoxid getauchten Wattestäbchens außen und innen gereinigt. Mit Hilfe eines weiteren, in Kochsalzlösung getauchten Wattestäbchens wird die Reinigung anschließend fortgesetzt, bis alle Reste der Wasserstoffsuperoxidlösung auf der Außenseite und im Inneren des außenliegenden Teils des Endotrachealtubus beseitigt sind.
5. Zur Reinigung der Haut um den äußeren Teil des Tubus herum wird zweimal täglich Betadine™-Lösung oder Aureomycin™-Salbe aufgetragen.
6. In den Wintermonaten und bei hartnäckiger Krustenbildung innerhalb des Tubus wird konstante Befeuchtung empfohlen.

GARANTIE

Invotec International, Inc. garantiert, daß das Produkt frei von Material- und Herstellungsfehlern ist. Sollte sich ein Produkt als fehlerhaft erweisen, wird es von Invotec ersetzt bzw. Gutgeschrieben, insofern das Produkt gemäß den Hinweisen zur Waren-Rücksendung in den Verkaufsbedingungen retourniert wurde. Invotec ist nicht haftbar für jegliche Art von Verlust, Schaden oder Kosten, die aufgrund der Anwendung des Produktes entstehen. DIESE GARANTIE ERSETZT BZW. SCHLIEßT ALLE ANDEREN FORMEN VON GARANTIEN AUS. Invotec International übernimmt keinerlei darüber hinausgehende Haftung oder Verantwortung bezüglich des Produktes.

Operationstechnik - Einsetzen und Herausnehmen

- Das intraoperative Einsetzen nach Abschluß der Resektion/Reanastomosierung erfolgt durch sorgfältiges Ausrichten des Tubus zur Abstützung der soeben rekonstruierten anatomischen Gegebenheiten. Der waagerechte Arm befindet sich im Idealfall in einiger Entfernung von der Anastomose, um das Risiko einer verzögerten Wundheilung möglichst gering zu halten.
- Ein sachgerecht verwendeter Tubus kann Wochen oder sogar Monate eingesetzt bleiben, um eine dauerhafte Ausheilung und Stabilisierung der Rekonstruktion zu ermöglichen.
- Die Entfernung des Tubus erfolgt am besten in Narkose, damit die Durchgängigkeit der Luftwege endoskopisch überprüft, eine übermäßige Belastung des Patienten vermieden und Granulationen, Nähte und andere Beeinträchtigungen entfernt werden können.
- Das endoskopische Einsetzen eines Tubus kann schwierig und mühsam sein. Der Tubusdurchmesser sollte so gewählt werden, daß möglichst wenig waagrechtes Spiel vorhanden ist. Bei Vorliegen einer subglottischen Stenose wird der Tubus am besten so verkürzt, daß er nicht über den freien Rand der Stimmbänder hinausreicht. Der Tubus wird genau nach den vorliegenden Maßanforderungen zugeschnitten.
- 1. Vor dem Einsetzen des Tubus wird mit Jackson-Dilatatoren aus Messing eine Aufweitung vorgenommen.
- 2. Entsprechend dem größten durchgeschobenen Dilator werden mehrere Ösophagusdilatoren aus Gummi aufeinandergeschoben, durch das Tracheostoma geführt, retrograd durch den Kehlkopf gezogen, durch das Laryngoskop erfaßt und über den Mund herausgezogen.
- 3. Der Tubus wird passend ausgerichtet, eng anliegend auf den letzten Dilator geschoben, wonach das Hinterende des Dilators durch den horizontalen Tubusarm herausgeholt wird.
- 4. Zur Erleichterung der Passage wird auf die Haut am Tracheostoma wasserlösliches Gleitmittel aufgetragen. Unter stetigem Ziehen durch die oberen Dilatoren werden die Tuben vorgeschoben, bis das nachfolgende Ende richtig positioniert in der distalen Trachea zu liegen kommt.
- 5. Die Dilatoren werden entfernt, und die Lage des Tubus wird auf genaue Ausrichtung überprüft.
- 6. Durch endoskopische Untersuchung läßt sich verifizieren, daß der Tubus nicht geknickt und richtig positioniert ist. Nun läßt man den Patienten wach werden. Eine falsche Tubuslänge wird behoben, sobald sie bemerkt wird.
- Die Verwendung der Jackson-Dilatatoren hat sich insofern als ideal erwiesen, als die stenotischen Segmente atraumatisch aufgeweitet werden und der in das stenotische Segment eingezogene Tubus stützend wirkt. Der waagerechte Arm wird mit dem Stopfen verschlossen, und der Respirationsstatus des Patienten wird beurteilt. Erscheint ein größerer Tubus wünschenswert, wird der endoskopische Eingriff nach einigen Wochen wiederholt und ein Tubus mit größerem Lumen eingeführt. Nach Erreichen der endgültigen Lumenweite wird der Patient im Hinblick auf eine mögliche endgültige Entfernung des Tubus untersucht; die Inspektion sollte unter Narkose erfolgen, um eine endoskopische Beurteilung zu gestatten.

Vor dem Herausnehmen des Tubus ist die Trachea vollständig abzusaugen und zu überprüfen, ob das Tubusinnere übermäßige Ablagerungen aufweist.



INVOTEC INTERNATIONAL, INC.
6833 Phillips Industrial Blvd. • Jacksonville, Florida 32256 U.S.A.
Tel: 800-998-8580 / 904-880-1229 • Fax: 904-886-9517 • www.invotec.net



PJ SMITH MEDICAL PRODUCTS MARKETING

18 Yeates Close • Thame OX93AR, UK



PRODUCT INFORMATION FOR THE OPERATING ROOM PERSONNEL

These instructions are for professional reference prior to surgery and should be read carefully.

Description

INVOTEC Tracheal T-Tubes are designed for the surgical management of tracheal and subglottic stenosis and the reconstruction of cervical and thoracic trachea. The T-Tubes, made of medical grade silicone, are designed to maintain patency of the tracheal airway and to provide respiration through the larynx. They allow normal humidification and phonation and provide support in the management of acute tracheal injury.

Indications

- The T-Tube may be used as both a tracheal stent and a tracheotomy tube and may be used under the following circumstances:
- In tracheal stenosis, when the cervical or thoracic airway cannot be repaired, or as a substitute for the cervical trachea when it cannot be reconstituted or reconstructed;
 - As a support following reconstructed cervical trachea;
 - Prior to reconstruction to maintain an adequate airway while waiting for inflammation to subside;
 - As a palliative measure for patients with unresectable carcinoma of the trachea;
 - When there is not enough trachea left to repair because of prior surgery;
 - With segmental resection and anastomosis;
 - When the patient is not a candidate for surgery.

Contraindications

The T-Tube cannot be used to prevent aspiration or used as a conduit for positive ventilation. It should be predetermined if the proximal limb will rest on the vocal cords.

- Caution: - This product is for single patient use only
- Federal Law restricts the sale of this device by or on the order of a physician
- This product is shipped NON-STERILE

Sterilization

- Step 1. Remove product from package; using clean gloves, rinse T-Tube with clean water. Pat dry with lint free towel.
- Step 2. Place product in sterilization package and record proper information on sterilization label.
- Step 3. Sterilize using Steam Autoclave: Steam Sterilization: flash sterilize using steam for 3 minutes at 270 degrees F at 30 psi.

Handling Techniques

1. The Tracheal T-Tube should remain plugged or have a speaking valve attached when possible to help keep the trachea moist and allow normal phonation and respiration.
2. Before cleaning, remove the plug. To avoid misplacement of the plug, set aside in a clean place.
3. The Tracheal T-Tube may be suctioned 2 to 3 times per day or as directed by the physician. Tilt external portion of tube upward or downward to direct suction tip to upper or lower ends. Insert suction catheter slowly and carefully while removing mucous and secretions.
4. Clean inside and outside of external branch with cotton-tipped applicator dipped in hydrogen peroxide. Using another applicator dipped in saline solution, continue to clean until no hydrogen peroxide is left on applicator and the inside of the Tracheal T-Tube external branch is clear.
5. Twice daily, apply Betadine™ solution or Aureomycin™ ointment to clean skin around external portion of tube.
6. During the winter months, and if persistent crusting occurs inside the tube, constant humidity is recommended.

WARRANTY

Invotec International, Inc. warrants that the product is free from defects in material and workmanship. Invotec will replace or provide a refund for any product found to be defective so long as the product is returned according to the Returned Goods instructions in the Sales Policy. Invotec shall not be liable for any consequential loss, damage or expense directly or indirectly arising from the use of, or inability to use, this product. THE FOREGOING WARRANTY IS IN LIEU OF AND EXCLUDES ALL OTHER WARRANTIES, EXPRESSED OR IMPLIED, HOWEVER ARISING, INCLUDING MERCHANTABILITY, FITNESS FOR A PARTICULAR PURPOSE, AGAINST INFRINGEMENT OR OTHERWISE. Invotec International neither assumes, nor authorizes any person to assume for it, any other additional liability or responsibility with respect to this product.

Operative Procedure - Insertion and Removal

- The Intra-operative placement at the conclusion of resection-reanastomosis is achieved by careful positioning of the T-Tube to support the freshly reconstructed site. The horizontal arm is ideally placed away from the anastomosis to minimize the risk of healing delay.
- A properly placed T-Tube may be left in-situ for weeks to months to allow firm healing and stabilization of the repair.
- Removal of the T-Tube is best performed under anesthesia so that the airway patency can be evaluated endoscopically, undue patient discomfort is avoided, and granulations, sutures and other impediments may be removed.
- Endoscopic placement of the T-Tube can be difficult and tedious. The correct T-Tube diameter should be determined so as to allow for little or no horizontal movement. In cases of subglottic stenosis the Tube is accurately tailored so that it does not extend above the free border of the vocal cords. The tube is preferably trimmed to suit the precise dimensional requirements.
- 1. The placement of the T-Tube is preceded by dilation using the brass Jackson dilators.
- 2. On the basis of the largest dilator passed, a series of rubber esophageal dilators are serially connected and introduced through the tracheostoma and passed retrograde through the larynx, grasped through the laryngoscope and drawn out through the mouth.
- 3. The T-Tube is correctly orientated, snugly fit over the final dilator and the trailing end of the dilator is brought out through the horizontal arm of the T-Tube.
- 4. The skin at the tracheostoma is lubricated with water soluble jelly to facilitate passage. Steady traction through the upper dilators advances the tubes until the trailing end is properly positioned in the distal trachea.
- 5. The dilators are disengaged and the T-Tube position checked for accurate level placement.
- 6. An endoscopic examination can verify that the T-Tube is correctly positioned without buckling and the patient is allowed to awaken. Improper length of the T-Tube is corrected as soon as recognized.
- The use of the Jackson dilators has been ideal in that the stenotic segments are atraumatically dilated and the T-Tube drawn into the stenotic segment for support. The horizontal arm is plugged and the patient's airway status evaluated. When a larger size T-Tube is desirable, the endoscopic procedure is repeated after several weeks and larger caliber T-Tube is inserted. When the final lumen size has been achieved, the patient is evaluated for final T-Tube removal which is performed under anesthesia to permit endoscopic evaluation.

Before removing the T-Tube, suction completely and confirm that there is no evidence of excess deposits on the interior of the T-Tube.



INVOTEC INTERNATIONAL, INC.
6833 Phillips Industrial Blvd. • Jacksonville, Florida 32256 U.S.A.
Tel: 800-998-8580 / 904-880-1229 • Fax: 904-886-9517 • www.invotec.net



PJ SMITH MEDICAL PRODUCTS MARKETING

18 Yeates Close • Thame OX93AR, UK



INFORMACIÓN DE PRODUCTO PARA QUIRÓFANO

Estas instrucciones sirven de referencia para el profesional y deben leerse cuidadosamente antes de la intervención quirúrgica.

Descripción

Los tubos traqueales han sido diseñados para la estenosis traqueal y subglótica así como para la reconstrucción de la traquea cervical y torácica. Los tubos, fabricados de silicona, grado médico, se destinan para mantener abierto el conducto de aire de la tráquea y para proporcionar la respiración a través de la laringe. Permiten la normal humidificación y fonación y proporcionan apoyo en el manejo de lesiones traqueales agudas.

Indicaciones

El tubo en T puede usarse como stent traqueal y como tubo de traqueotomía además de los casos siguientes:

- En la estenosis traqueal cuando los conductos respiratorios cervical o torácico no pueden ser reparados, o para sustituir la tráquea cervical cuando ésta no puede ser reconstituida o reconstruida;
- Como apoyo después de la reconstrucción de la traquea cervical;
- Antes de la reconstrucción traqueal para mantener abierta una vía respiratoria adecuada hasta que la inflamación baje;
- Como medida paliativa en pacientes con carcinoma traqueal no resectable;
- Cuando no queda suficiente tráquea a reparar debido a anteriores cirugías;
- Con resección segmental y anastomosis;
- Cuando el paciente no es un candidato idóneo para una intervención quirúrgica.

Contraindicaciones

El tubo traqueal en T no puede usarse para prevenir la aspiración o como conducto para una ventilación positiva. Debe previamente determinarse si el limbo proximal descansará sobre las cuerdas vocales.

Cuidado: - Este producto es para usarlo en un sólo paciente

- Las Leyes sanitarias restringe, la venta de este dispositivo a la prescripción médica
- El producto se suministra NO ESTÉRIL

Técnicas de Esterilización

Paso 1: Sacar el producto de su envoltorio utilizando guantes estériles y enjuagar el tubo en T con agua estéril. Secar con una toalla estéril con pequeños toques.

Paso 2: Colocar el producto en un envoltorio estéril y anotar la información adecuada en la etiqueta de esterilización.

Paso 3: Esterilizar mediante gas de óxido de etileno (ETO) o vapor: Esterilización por ETO: Utilizar gas de ETO para ciclos según valores estándar según periodo apropiado de ventilación. Esterilización por vapor: Esterilizar con ráfagas de vapor durante 3 minutos a 132.2 grados C (ó 270° F) a 30 psi.

Técnicas de manejo

1. El tubo traqueal en T debe quedar taponado o, si es posible, disponer de una válvula fonatoria acoplada para ayudar a mantener la tráquea húmeda y permitir una fonación y respiración normales.
2. Antes de limpiar el tubo, retirar el tapón. Para evitar su extravío póngalo en un sitio limpio.
3. El tubo traqueal en T puede succionarse 2 a 3 veces por día o como indica el médico. Girar la parte exterior del tubo hacia arriba o hacia abajo para orientar la punta de succión hacia el extremo superior o inferior. Introducir el catéter de succión despacio y con cuidado mientras se retira la mucosa y las secreciones.
4. Limpiar dentro y fuera de la sección externa mediante aplicador con punta de algodón mojado con peróxido de hidrógeno. Después seguir limpiando usando otro aplicador con la punta mojada en solución salina hasta que no queden restos de peróxido de hidrógeno en el aplicador y hasta que el interior de la sección exterior del tubo traqueal esté libre.
5. Aplíquese solución de Betadine o ungüento de Aureomicina dos veces al día para limpiar la piel alrededor de la parte externa del tubo.
6. Durante los meses de invierno, y en el caso de una formación persistente de costras dentro del tubo, se recomienda una humidificación constante.

GARANTÍA

Invotec Internacional, Inc. garantiza que sus productos están libres de defectos tanto en el material como en la elaboración del mismo. Invotec reemplazará o reembolsará cualquier producto siempre y cuando se devuelva bajo las condiciones de "Material Devuelto" indicadas en las instrucciones del apartado de política de venta. Invotec no se hará responsable de este producto por el resultado de una pérdida, del daño o deterioro producido directa o indirectamente del uso del producto o por la incapacidad derivada de uso, LA PRESENTE GARANTIA EXCLUYE CUALQUIER OTRO TIPO DE GARANTIA, EXPRESADA, TÁCTICA O SURGIDA DE MODO ALGUNO, YA SEA COMERCIAL, POR CONVENIENCIA DE UN OBJETIVO PARTICULAR, POR INFRACCIÓN O DE CUALQUIER OTRA MANERA, Invotec Internacional, Inc. no asume ni autoriza a ninguna persona que asuma cualquier otro riesgo adicional o responsabilidad con respecto a este producto.

Procedimiento operativo - Introducir y retirar

- La colocación intraoperativa al finalizar la resección-reanastomosis se consigue posicionando cuidadosamente el tubo traqueal en T para soporte del sitio que se acaba de reconstruir; el brazo horizontal se coloca preferentemente fuera de la anastomosis para minimizar el riesgo de retrasar la curación.
- Un tubo en T bien colocado puede permanecer in situ durante semanas o meses para permitir una curación segura y una estabilización de la reparación.
- Es preferible retirar el tubo en T bajo anestesia para que la abertura del conducto de aire pueda evaluar endoscópicamente. De este modo se evita incomodar innecesariamente al paciente eliminando granulaciones, suturas u otros impedimentos.
- La colocación endoscópica del tubo en T puede ser difícil y fastidiosa. El diámetro correcto del tubo debe determinarse de modo que permita sólo muy poco o mejor ningún movimiento horizontal. En casos de estenosis subglótica, el tubo se recorta preferentemente de modo que no se exceda por encima del borde libre de las cuerdas vocales. El tubo se confecciona de modo que se adapte a las dimensiones precisas requeridas.
 1. Antes de colocar el tubo traqueal hay que efectuar la dilatación usando los dilatores metálicos Jackson.
 2. Partiendo de la base de haber pasado el dilatador más grande se conecta una serie de dilatores de goma para el esófago, uno tras otro, introduciéndolos a través del traqueostoma, pasádoslos de modo retrógrado por la laringe, agarrándolos a través del laringoscopia y tirándolos hacia fuera por la boca.
 3. Se orienta el tubo correctamente ajustándolo cómodamente sobre el dilatador final. El extremo final del dilatador se lleva hacia fuera a través del brazo horizontal del tubo en T.
 4. Se lubrica la piel en el traqueostoma con gel hidrosoluble para facilitar su paso. Tirando constantemente de dilatores superiores, el tubo avanza hasta que el extremo final se encuentra puesto adecuadamente en la tráquea distal.
 5. Se retiran los dilatores y se verifica la posición del tubo en cuanto a su correcto nivel de colocación.
 6. Por vía endoscópica se verifica si el tubo en T está correctamente posicionado sin pando. A continuación se despierta al paciente. Una longitud inadecuada del tubo se corrige en el momento de detectarla.
- El uso de dilatores Jackson es ideal dado que permite dilatar los segmentos estenóticos y pasar el tubo para soporte de modo no traumático. El brazo horizontal se encaja y se evalúa el estado del conducto respiratorio del paciente. Cuando se requiere un tubo de tamaño mayor, el proceso endoscópico se repite después de varias semanas y se introduce un tubo de mayor calibre. Cuando se alcanza el tamaño del lumen final, se verifica si ya se puede retirar el tubo que se efectuará bajo anestesia para permitir una evaluación endoscópica.

Antes de retirar el tubo, efectuar una succión completa y confirmar que no quede evidencia de depósitos superfluos en el interior del tubo en T.

INVOTEC INTERNATIONAL, INC.

6833 Phillips Industrial Blvd. • Jacksonville, Florida 32256 U.S.A.

Tel: 800-998-8580 / 904-880-1229 • Fax: 904-886-9517 • www.invotec.net

PJ SMITH MEDICAL PRODUCTS MARKETING

18 Yeates Close • Thame OX93AR, UK


DESTINÉES AU PERSONNEL DU BLOC OPÉRATOIRE

Ces instructions sont professionnelles et doivent être lues attentivement avant toute chirurgie.

Description

Les tubes en T tracheaux Invotec sont réalisés pour la chirurgie de la trachée et le sténoses subglotiques et la reconstruction de la trachée cervicale et thoracique. Les T-tubes sont faites en silicone medical et réalisés pour maintenir le passage de l'air dans la trachée et procurer la respiration a travers le larynx. Ils permettent une humidification et phonation normale et fournissent un support pour le traitement de la trachée.

Indications

Le T-Tube peut être utilisé a la fois en prothèse trachéale et en tube de tracheotomie dans les circonstances suivantes:

- Dans les sténoses trachéales quand le passage d'air cervical et thoracique ne peut être rétabli, ou pour se substituer a la trachée cervicale quand celle-ci ne peut être reconstituée.
- Comme un support apres reconstruction de la trachée.
- Avant la reconstruction pour maintenir le passage d'air en evitant toute inflammation.
- Comme une mesure palliative pour les patients dont le carcinome de la trachée n'est pas resequable.
- Quand il ne reste pas assez de trachée apres une première intervention.
- Quand le resection et l'anastomose est segmentaire.
- Quand le patient n'est pas candidat a la chirurgie.

Contre indications

Le T-Tube tracheal ne peut être utilise pour éviter l'aspiration ou être utilisé comme un conduit de ventilation positive. Ceci pourrait se faire si le bord proximale reposait sur les cordes vocales.

ATTENTION - Ce produit est destiné a un seul patient .

- Les lois fédérales reservent la vente de ce produit uniquement sur ordre du Medecin.
- Ce produit est livré non sterile.

Technique de Stérilisation

1. Sortir le produit du paquet, utiliser des gants propres, rincer le T-Tube avec de l'eau propre. Sécher en tamponnant avec un tissu sans fibres.

2. Placer le produit dans un sachet de stérilisation et suivre les indications adequate de stérilisation.

3. Autoclave: 134°, 18 minutes.

Techniques de Maintenance

1. La partie horizontale du T-Tube trachéale doit être obturée ou posséder une valve parlante quand il est possible de maintenir la trachée humide et de permettre une phonation et respiration normale.
2. Avant le nettoyage du T-Tube, enlever le bouchon. Eviter dégarer le bouchon en le mettant de côté.
3. Le T-Tube tracheal peut être aspiré de ces secrétions 2 ou 3 fois par jour ou suivre les conseils du Medecin. Toruré la partie horizontale externe du tube vers le haut ou le bas pour faire une aspiration directe vers les parties terminales haute et basse. Insérer le catheter d'aspiration doucement et soigneusement pour enlever les mucosités et sécrétions.
4. Nettoyer l'intérieur et l'extérieur du tube externe avec un coton tige trempé dans de l'eau oxygénée. Utiliser un autre coton tige trempé dans une solution saline, et continuer de nettoyer jusqu'à qu'il n'y est plus d'eau oxygénée sur le coton tige et que l'intérieur du T-tube trachéal soit propre.
5. Deux fois par jour appliquer un solution de Betadine ou d'Aureomycine pour nettoyer la peau autour de la partie extérieur du T-tube.
6. Durant les mois d'hiver et si des croutes persistent a l'intérieur du tube, une humidité constante est recommandée.

GARANTIE

Invotec International Inc garantie que le produit ne présente aucun défaut de fabrication ou de matière première. Invotec remplacera ou remboursera tout produit avec défaut a condition que le produit soit retourné en accord avec le règlement de retour de marchandise des conditions de ventes. Invotec n'est pas responsable des conséquences dues a la perte, la détérioration, les frais provenant directement ou indirectement de l'usage ou de non usage du produit. LA PRESENTE GARANTIE REMPLACE ET EXCLUT TOUTES AUTRES GARANTIES EXPRIMEES OU IMPLIQUEES SURVENANT DE QUELQUES MANIERES QUE CE SOIT ET COMPRENANT LE COMMERCIAL, UN ACCORD POUR UNE INTENTION PARTICULIERE CONTRE INFRACTION OU AUTRES. Invotec International n'assume ni n'autorise quelques personnes que ce soit pour assurer cela ni quelques autres responsabilités additionnelles concernant ce produit.

Procédure de l'Opération - Insertion et Desinsertion

- La mise en place peropératoire a la fin de la resection réanastomose est terminée en positionnant le T-Tube pour supporter la reconstruction récente du site trachéal: la branche horizontale est placée idéalement en dehors de l'anastomose pour réduire le délai de guérison.
- Un T-Tube adapté peut être laissé en place pendant des semaines ou des mois pour permettre une guérison définitive et stabiliser l'intervention.
- Il est préférable d'enlever le T-Tube sous anesthésie de façon a ce que la voie aeriennne soit contrôlée endoscopiquement. Ceci augment le confort du malade, et évite les granulons, les adhérences et autres ennuis qui peuvent arriver.
- La mise en place endoscopique du T-Tube peut être difficile et delicate. Le diamebre correct du T-Tube doit être déterminé pour ne pas avoir de déplacement horizontal. En cas de sténose subglotique le T-Tube doit être taillé de telle sorte qu'il ne dépasse pas le bord libre des cordes vocales. Le tube est façonné avec précision pour convenir aux dimensions spatiales.
 1. Une dilatation avec des spatules de laryngoscope précède la mise en place du T-Tube.
 2. En utilisant la plus large spatule une série de sonde oesophagienne est connectée et introduite a travers l'orifice de trachéotomie et passée en retrograde a travers le larynx, puis saisie a travers le laryngoscope et retirée par la bouche.
 3. Le T-Tube est correctement orienté, fixé sur la sonde utilisée, celle-ci est par la suite retirée par la branche horizontale du T-Tube.
 4. La peau de l'orifice trachéale est lubrifiée par une solution de gel soluble pour faciliter le passage. Une ferme traction a travers les laryngoscopes supérieurs déplace le T-Tube jusqu'à ce que sa partie terminale soit correctement positionnée dans la trachée distale.
 5. Les laryngoscopes sont retirés et la position du T-Tube testée pour un bon positionnement.
 6. Un examen endoscopique permet de vérifier que le T-Tube est correctement en place sans être tordu. Le patient peut ensuite se réveiller. Une mauvaise longueur du T-Tube doit être corrigée dès qu'on s'en aperçoit.
- L'utilisation des spatules de laryngoscopes a été idéale pour dilater sans traumatisme les segments de la sténose et pour mettre en place les T-Tubes dans les segments de la sténose. La branche horizontale du T-Tube a son bouchon et l'état des voies aeriennes du patient est évalué. Quand un diamètre supérieur de T-Tube est nécessaire, la procédure endoscopique est rejetée apres plusieurs semaines et un T-Tube d'un calibre plus gros est inséré. Quand le diamètre intérieur de la trachée est bien calibré il est possible d'enlever le T-Tube sous anesthésie et de contrôler par endoscopie.

Avant d'enlever le T-Tube bien aspirer l'intérieur du T-Tube pour qu'il ne reste pas de secrétions ou debris.

INVOTEC INTERNATIONAL, INC.

6833 Phillips Industrial Blvd. • Jacksonville, Florida 32256 U.S.A.

Tel: 800-998-8580 / 904-880-1229 • Fax: 904-886-9517 • www.invotec.net

PJ SMITH MEDICAL PRODUCTS MARKETING

18 Yeates Close • Thame OX93AR, UK

