

# Indication et réévaluation quotidienne du sondage vésical à demeure

## Conformité de l'indication ?



1. Rétention urinaire aigüe/ chronique **symptomatique** (douleur, fièvre, insuffisance rénale...) chez le patient **non autonome** (volume résiduel  $\geq$  300 ml)
2. Obstruction des voies urinaires (Hématurie macroscopique / caillot intra-vésical, lithiase...)
3. Suivi strict du débit urinaire chez les patients non autonomes
4. Période péri-opératoire :
  - ✓ chirurgie voies urinaires, gynécologiques
  - ✓ prévision d'une intervention de longue durée (> 3h)
  - ✓ intervention avec l'utilisation de volumes importants de liquide de perfusion ou de diurétiques
  - ✓ besoin d'information sur le débit urinaire durant l'intervention
  - ✓ drainage vésical post-opératoire en continu ou hématurie
  - ✓ protection post-opératoire des sutures au niveau du système génito-urinaire
5. Patients incontinents **avec plaie sacrée ou périnéale**
6. Immobilisation obligatoire prolongée (ex. lésion de la moelle épinière, fracture du bassin...)
7. Confort du patient en phase terminale / non mobilisable
8. Traitement local au niveau de la vessie
9. Trouble de la vidange vésicale intraitable/affection vésicale neurogène.
10. Examen urologique (imagerie médicale)

oui

non

Pas de sondage à demeure

## Une alternative est-elle possible au sondage vésical à demeure ?

**Favoriser l'alternative**  
(étui pénien, sondage intermittent, in-out ....) pour éviter le sondage vésical à demeure

oui

non

**Mise en place de la sonde vésicale à demeure**

## Réévaluation quotidienne

Maintien de la sonde vésicale

oui

L'indication de sondage vésical est-elle encore valable ?

non

**Retrait immédiat de la sonde vésicale (de préférence le matin)**

# Indikation und tägliche Neubewertung des Dauerblasenkatheters

## Konformität der Indikation?



1. Akute/ chronische **symptomatische** Harnretention (Schmerzen, Fieber, Nierenversagen...) bei **nicht autonomen** Patienten (Restvolumen  $\geq 300$  ml).
2. Harnwegsobstruktion ( makroskopische Hämaturie / intravesikales Gerinnsel, Lithiasis...)
3. Strenge Überwachung des „Harnflusses“ bei nicht selbstständigen Patienten
4. Perioperative Periode:
  - ✓ Harnwege Chirurgie, Gynäkologisch Chirurgie
  - ✓ Vorhersage einer langfristige operation (> 3h)
  - ✓ Verwendung großer Mengen an Infusionsflüssigkeit oder Diuretikum
  - ✓ Bedarf an Informationen über den Harnfluss während dem Eingriffs
  - ✓ kontinuierliche postoperative Blasendrainage oder Hämaturie
  - ✓ postoperativer Schutz von Nähten im Urogenitalbereich
5. Inkontinente Patienten **mit sakralen oder perinealen Wunden**
6. Längere Zwangsruhigstellung (z. B. Rückenmarksverletzung, Beckenbruch...)
7. Komfort des todkranken/nicht mobilisierbaren Patienten
8. Lokale Behandlung im Bereich der Blase (zytotoxische Behandlung)
9. Blasenentleerungsstörung
10. Urologische Untersuchung

**Förderung von Alternativen** (Penishülle, intermittierender Katheterismus, In-out...), um einen Dauerblasenkatheter zu vermeiden

