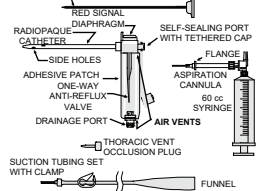


INTENDED USE:
 The THORA-VENT Thoracic Vent Procedure Tray has been designed for the treatment of spontaneous, traumatic or iatrogenic. It can also be used as a pleural catheter to utilize for evacuation of air from the pleural space after thoracic, or after treatment of pneumothorax which may result after chest tube removal. Do not use the drain for continuous use until approved by your physician. Intended for short-term use (more than 24 hours and less than 30 days).

TROCAR



INSTRUCTIONS FOR USE:

- Select a site, preferably at the second interspace in the mid-axillary line or at another appropriate location.
- Prepare the skin by scrubbing with alcohol. Using the scalpel, make a small skin incision at the selected site. If desired, the adhesive patch may be applied directly adjacent to the incision.
- Remove the trocar from the trocar and introduce the trocar into the device through the self-sealing port. The point of the trocar should extend just beyond the tip of the catheter.
- Remove the protective sheath from the catheter. Peel away the center portion of the paper cover from the adhesive patch. Do not retract the trocar unless the catheter has been completely introduced. The trocar/catheter assembly into the pleural space through the prepared incision staying immediately above the top border of the rib. Do not retract the rib or its entrapment.
- Entry of the catheter into the pleural cavity will be demonstrated by fluctuation of the red signal in the diaphragm. Then the tip of the catheter enters the pleural space, stop advancing the trocar and introduce the full length of the catheter. Remove the trocar. Do not retract the trocar unless the catheter has been completely removed from the patient. While the tip of the catheter is removed, the red signal diaphragm will deflect upwards when a pressure of greater than ($>$ 2 mm Hg (2.72 cm water)) is transmitted through the catheter and will retract when a pressure of less than ($<$ 2 mm Hg (2.72 cm water)) is transmitted through the catheter. The indicator will not properly function if the patient is ventilated or is on constant suction.
- Apply the paper on the side flaps of the adhesive patch and adhere the patch to the chest wall. The skin surface must be completely dry to ensure proper adhesion of the patch.
- When the self-sealing port is not in use (not connected) with the tethered cap.
- The catheter is designed to be active, sutures should be placed through the adhesive patch and the side holes on the top of the device to further anchor it to the patient's skin.
- Do not use the catheter for suction; the device, do not tape over the air vents (see diagram).

CHECK FOR CONTINUOUS AIR LEAK:
 The thoracic vent occlusion plug can be used to check for a continuous air leak from the patient's lung. To occlude the Thoracic Vent, insert and secure the occlusion plug to the luer-lock on the side of the Thoracic Vent. The occlusion plug will seal the system will not more than 0.02 cm of air at a pressure of 15 mm Hg. Warning: Remove the occlusion plug when the thoracic vent is ventilated. The occlusion plug will not function if the patient is on suction. Seal the self-sealing port with the tethered cap after the occlusion plug is removed.

ASPIRATION:
 A LF can be manually pumped out of the pleural space using the aspiration cannula. Insert the aspiration cannula into the vent through the self-sealing port. Attach the syringe to the aspiration cannula using the luer fitting, and utilize the syringe to evacuate air from the pleural space. Do not attach the syringe to the self-sealing port. Remove the self-sealing port using a heavy twisting and pulling on the flange (see diagram) of the aspiration cannula. Immediately seal the self-sealing port with a tethered cap after removing the aspiration cannula. If small amounts of naturally occurring fluid accumulate in the thoracic cavity, the fluid can be removed via the drainage port using a syringe.

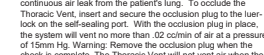
EXTERNAL SUCTION ATTACHMENT:
 If external suction is desired, remove the suction tubing set from its pouch. Close the clamp on the tubing set while the set is being connected. Insert the cannula through the self-sealing port of the Thoracic Vent and secure the tubing by twisting the luer lock. Attach the funnel to the suction system and then open the clamp. Appropriate evacuating pressures should be used. Do not connect or disconnect the thoracic vent vacuum. Always clamp the suction tubing set when suction is not being applied to the Thoracic Vent. If the suction tubing set becomes disconnected, remove it and immediately seal the self-sealing port with the tethered cap.

WARNINGS/COMPLICATIONS:
 Do not use the device for aspiration. Introduce through or removal from the self-sealing port on the Thoracic Vent.
 Do not attempt to reinsert the trocar unless the catheter has been completely removed from the patient.
 DIFFICULT CATHETER REMOVAL: If the catheter is inadvertently introduced through the rib perforation on the trocar to the pleural space, the thoracic vent may be removed using the following procedure: If the catheter is placed on the chest wall, the catheter may be damaged and locked within the patient.
 Removal of the catheter should be resisted. If resistance is encountered, the catheter may be locked. If a patient complains of chest pain, it is a sign of a catheter dislodgement. In this case, it is recommended that a restrained catheter be released by direct surgical incision by cutting the catheter at the chest wall. Immediately remove the device, securing it and percutaneously passing clamps over the catheter until it is released from its attachment.

NOT FOR CONTINUOUS DRAINAGE:
 The THORA-VENT Thoracic Vent is not indicated for hemithorax or fluid evacuation other than air. Even though the device can accommodate small amounts of fluid (5 cc) without affecting function, large amounts of fluid can affect device function. When using insertion a hemithorax, or other liquid collection is present, alternate drainage is indicated.

MAINTAIN PROPER SEAL:
 An air-tight seal must be maintained to prevent subcutaneous emphysema.
 Continuous drainage of air over extended periods should alert a consideration for additional interventional treatment.
 The physician should be aware of complications associated with the treatment of pneumothorax including re-expansion and laceration of intercostal vessels.
 Always clamp the suction tubing set when suction is not being applied to the Thoracic Vent.
 Do not disinfect the Thoracic Vent with alcohol (propanol). Alcohol (propanol) degrades the device.
 If the thoracic vent plug was used to perform the air leak check, remove the occlusion plug when the check is complete. The thoracic vent will vent air when the occlusion plug is removed.

Dispose of sharps using approved sharps container in accordance with applicable regulatory and institutional policy.



Sterile if package is unopened and undamaged. The reuse of this device can lead to patient infection and/or device malfunction. UreSill and THORA-VENT are registered trademarks of UreSill, LLC. U.S. Patent no. 6,770,063.
 TROCACAR: CE 140935557 (04/13/05) only
 Fax: 1-847-962-8105
 www.uresill.com

Manufactured by: Skottell, LLC, 610077 U.S.A.
 5418 W. Touhy Ave., Skokie, IL, 60077 U.S.A.

Authorized Representative in European Community: EMERGO EUROPE Private Limited, 20, 2514 AF The Hague The Netherlands

Contains or presence of (phthalates) benzyl butyl methyl cellosolve (PBZ)

MR Conditional
 PHT
 BBP

Contains or presence of (phthalates) benzyl butyl methyl cellosolve (PBZ)

MR Conditional
 PHT
 BBP

Content of non-sterile (phthalates) benzyl and butyl cellosolve (PBZ)

MR Conditional
 PHT
 BBP

Content of non-sterile (phthalates) benzyl and butyl cellosolve (PBZ)

MR Conditional
 PHT
 BBP

Content of non-sterile (phthalates) benzyl and butyl cellosolve (PBZ)

MR Conditional
 PHT
 BBP

Content of non-sterile (phthalates) benzyl and butyl cellosolve (PBZ)

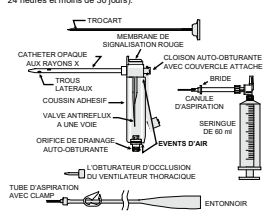
MR Conditional
 PHT
 BBP

Content of non-sterile (phthalates) benzyl and butyl cellosolve (PBZ)

MR Conditional
 PHT
 BBP

EMBOI PRELU:
 Le plateau de ponction thoracique THORA-VENT a été conçu pour traiter les pneumothorax spontané, traumatiques ou iatrogènes. Il peut également être utilisé pour évacuer l'air dans la plèvre après chirurgie thoracique, et pour traiter les pneumothorax qui survient après l'enlèvement du drain. Do not use the device for continuous use until approved by your physician. Intended for short-term use (more than 24 hours and less than 30 days).

TROCACAR



MODE D'EMPLOI:
 1. Sélectionner un point, de préférence au deuxième espace intercostal, sur la ligne mamillaire ou sur un autre endroit approprié.
 2. Préparer le point d'intervention suivant la procédure standard.
 Avec le scalpel, pratiquer une petite incision dans la peau au point d'intervention choisi. Si vous le désirez, vous pouvez utiliser une bande adhésive pour sceller l'ouverture.

3. Enlever le t-rocar protecteur du trocar et introduire ce dernier dans le cathéter à travers l'orifice auto-obturant. Les points de contact du cathéter dans la cavité pleurale de la coque.
 4. Enlever la gaine protectrice du cathéter. Péler les parties centrales du papier recouvrant le cathéter.
 5. En plaçant le pouce sur la poignée/le bouton du trocar, mettre le dispositif en position et introduire l'ensemble trocar/cathéter dans la cavité pleurale à travers l'orifice auto-obturant.

6. La pénétration du cathéter dans la cavité pleurale est signalée par le déplacement de la membrane de signalisation rouge. Lorsque la pointe du cathéter pénètre dans la cavité pleurale, ne pas avancer le trocar et introduire la longueur totale du cathéter. Retirer le trocar. Ne pas rétracter le trocar, à moins que le cathéter ait été complètement retiré du patient. Lorsque l'extrémité du cathéter a été complètement retirée du patient, la membrane de signalisation rouge devient convexe lorsque la pression ($>$ 2 mm Hg ($>$ 2.72 cm eau)) est transmise à travers le cathéter, et elle devient concave lorsque la pression ($<$ 2 mm Hg ($<$ 2.72 cm eau)) est transmise à travers le cathéter. Ce cet indicateur ne fonctionnera pas correctement si le patient est ventilé ou sous aspiration continue.

7. Péler la paper sur les côtés du coussin adhésif et faire clic sur la poitrine. La surface de la peau doit être complètement sèche afin de faciliter l'adhésion du coussin adhésif.
 8. Lorsque l'orifice auto-obturant n'est plus utilisé (général), il est recommandé de sceller l'ouverture avec une bande adhésive.
 9. Si s'il est anticipé que le patient sera actif, des sutures doivent être effectuées à travers le coussin adhésif et les trous de suture sur le dessus du dispositif pour mieux fixer à la peau du patient.
 10. Si l'avantage de l'aspiration est utilisé pour mieux attraper le dispositif, il ne faut pas le placer au-dessus des évènements d'air.

VERIFIEZ S'IL Y A DES FUILES CONSTANTES DE L'AIR:
 L'obturateur d'occlusion du Ventilateur Thoracique peut être utilisé pour vérifier l'absence constante de fuites d'air depuis le thorax du malade. Pour obtenir le Ventilateur Thoracique, insérez et assurez-vous l'obturateur d'occlusion à la suture Luer sur la porte auto-obturante. Avec l'obturateur d'occlusion en place, le système ne ventilerá plus que 0,02 cm d'air sur une pression de 15 mm Hg. Avertissement: Enlever l'obturateur d'occlusion lorsque le thorax du malade est ventilé. Le Ventilateur Thoracique ne ventilerá plus de l'air si l'obturateur d'occlusion est en place. Scellez la porte auto-obturante avec le couvercle scellez après l'enlèvement du ventilateur thoracique.

ASPIRATION:
 1. L'air peut être pompé à la main hors de la cavité pleurale en insérant la canule d'aspiration dans le vent à travers l'orifice auto-obturant. Monter la seringue de 60 ml sur la canule d'aspiration à l'aide du raccord Luer, et enlever l'air dans la cavité pleurale avec la seringue. Ne pas attacher la seringue directement à l'orifice auto-obturant. Retirer la canule d'aspiration en tournant et tirant doucement la bride (voir le diagramme) de la canule d'aspiration. Coupez immédiatement l'orifice auto-obturant avec le couvercle scellez après avoir retiré la canule d'aspiration.

2. Une petite quantité de fluide naturel s'accumule dans le dispositif, ce fluide peut être retiré par l'orifice de drainage à l'aide d'une seringue.
ACCESSEUR D'ASPIRATION EXTERNE:
 Si vous désirez raccorder le cathéter à un système d'aspiration, retirez le tube d'aspiration externe et attachez-le au cathéter pendant que vous raccordez le tubeage. Insérez cette dernière à travers l'orifice auto-obturant sur l'évent thoracique, puis placez les petites quantités de liquide (5 ml) sans que cela gêne son fonctionnement, des volumes plus importants peuvent causer des problèmes. Si à l'inspiration vous constatez un hémithorax ou la présence d'un autre liquide, vous devez retirer le cathéter jusqu'à ce qu'il se libère.

3. **NE DESTINEZ PAS UN HEMITHORAX OU AU DRAINAGE D'AUTRES LIQUIDES.** L'évent thoracique THORA-VENT n'est pas indiqué en cas d'hémithorax ou pour évacuer un liquide autre que l'air. Même si ce dispositif peut être en présence de petites quantités de liquide (5 ml) sans que cela gêne son fonctionnement, des volumes plus importants peuvent causer des problèmes. Si à l'inspiration vous constatez un hémithorax ou la présence d'un autre liquide, vous devez retirer le cathéter jusqu'à ce qu'il se libère.

4. **MAINTIENEZ UNE BONNE ETANCHEITE.** Aucun air ne doit pénétrer, pour éviter un emphysema sous-cutané.
 5. En cas de risque de pneumothorax spontané, des événements multiples ou un gros cathéter (drain thoracique) pourraient être nécessaires pour obtenir une décompression thoracique.
 6. Lors d'un drainage continu d'air sur une période prolongée, il faudrait envisager une intervention supplémentaire susceptible de résoudre le problème.
 7. Le chirurgien ou médecin traitant devra garder présentes à l'esprit les complications associées au traitement de pneumothorax, y compris réexpansion et laceration des vaisseaux intercostaux.

8. Couper toujours le tubeage d'aspiration lorsque l'évent thoracique n'est pas aspiré.
 9. Ne pas désinfecter l'évent thoracique avec de l'alcool (propanol). L'alcool peut dégrader le dispositif.
 10. Si l'obturateur d'occlusion est employé pour faire la vérification de fuites d'air, enlever l'obturateur d'occlusion lorsque la vérification est terminée. L'obturateur thoracique ne ventilerá plus de l'air si l'obturateur d'occlusion est en place.

11. **Évitez les aiguilles dans des contenants pour aiguilles homogénéisées conformément aux réglementations en vigueur et aux règles de l'institution.**

Sterile, si l'emballage n'a pas été ouvert et n'est pas endommagé.
 La réutilisation de ce dispositif à usage unique peut entraîner l'infection du patient et/ou à mauvais fonctionnement du dispositif.

MR Conditional
 PHT
 BBP

Content of non-sterile (phthalates) benzyl and butyl cellosolve (PBZ)

MR Conditional
 PHT
 BBP

Content of non-sterile (phthalates) benzyl and butyl cellosolve (PBZ)

MR Conditional
 PHT
 BBP

Content of non-sterile (phthalates) benzyl and butyl cellosolve (PBZ)

MR Conditional
 PHT
 BBP

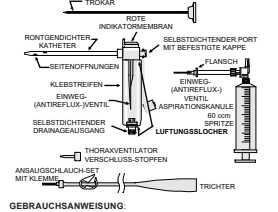
Content of non-sterile (phthalates) benzyl and butyl cellosolve (PBZ)

MR Conditional
 PHT
 BBP

Content of non-sterile (phthalates) benzyl and butyl cellosolve (PBZ)

ANWENDUNGSGEBIET:
 Das Thoraxventilations-Set THORA-VENT ist zur Behandlung von Spontanpneumothorax sowie von traumatischem oder iatrogenem Pneumothorax bestimmt. Es kann auch zur Absaugung von Luft nach Thoraxoperationen sowie zur Therapie des Pneumothorax nach chirurgischen Eingriffen verwendet werden. Nicht bei Patienten mit bekannter Allergie gegen Klebstoffe oder Klebstoffbestandteile verwenden. Dieses Produkt ist für die kurzzeitige Verwendung (mehr als 24 Stunden und weniger als 30 Tage) vorgesehen.

TROCACAR



GEREAUCHSANWEISUNG:
 1. Geeignete Insertionsstellen, vorzugsweise im 2. Interkostalraum unter Berücksichtigung der Rippenanatomie, auswählen.
 2. Anwendungsort nach Standardverfahren vorbereiten. Am gewählten Anwendungsort mithilfe des Skalpell einen Hautoausschnitt vorbereiten. Falls gewünscht, kann eine Klebbandage zum straffen Präparieren des Einschnitts verwendet werden.
 3. Schutzschiebung vom Trocar entfernen und den Trocar durch die vorbereitete Inzision einbringen. Den Trocar vollständig in die Pleurahöhle einführen. Nach dem Einführen den Trocar nicht wieder aus der Pleurahöhle ziehen, bis die Pleurahöhle vollständig mit dem Trocar gefüllt ist.
 4. Das Eindringen des Katheters in den Pleuraraum wird durch eine Bewegung der roten Indikatorlampe angezeigt. Wenn die Spitze des Katheters in den Pleuraraum eingedrungen ist, das Eindringen des Trocars abhalten und den Trocar vollständig in die Pleurahöhle einführen. Bevor dieser vollständig aus dem Körper des Patienten entfernt werden kann, die Katheterspitze im Pleuraraum legen, wobei sich die rote Indikatorlampe nach oben hebt, wenn ein Druck von mehr als ($>$ 2 mm Hg ($>$ 2.72 cm H₂O)) durch den Trocar übertragen wird. Bei einem Druck von weniger als minus ($<$ 2 mm Hg ($<$ 2.72 cm H₂O)) sinkt sich die rote Indikatorlampe nach unten. Kommen die rote Indikatorlampe nicht auf den Anschlag des Trocars zu stehen und/oder wenn ein konstanter Sog vorhanden ist.

5. Das Eindringen des Katheters in den Pleuraraum wird durch eine Bewegung der roten Indikatorlampe angezeigt. Wenn die Spitze des Katheters in den Pleuraraum eingedrungen ist, das Eindringen des Trocars abhalten und den Trocar vollständig in die Pleurahöhle einführen. Bevor dieser vollständig aus dem Körper des Patienten entfernt werden kann, die Katheterspitze im Pleuraraum legen, wobei sich die rote Indikatorlampe nach oben hebt, wenn ein Druck von mehr als ($>$ 2 mm Hg ($>$ 2.72 cm H₂O)) durch den Trocar übertragen wird. Bei einem Druck von weniger als minus ($<$ 2 mm Hg ($<$ 2.72 cm H₂O)) sinkt sich die rote Indikatorlampe nach unten. Kommen die rote Indikatorlampe nicht auf den Anschlag des Trocars zu stehen und/oder wenn ein konstanter Sog vorhanden ist.

6. Das Eindringen des Katheters in den Pleuraraum wird durch eine Bewegung der roten Indikatorlampe angezeigt. Wenn die Spitze des Katheters in den Pleuraraum eingedrungen ist, das Eindringen des Trocars abhalten und den Trocar vollständig in die Pleurahöhle einführen. Bevor dieser vollständig aus dem Körper des Patienten entfernt werden kann, die Katheterspitze im Pleuraraum legen, wobei sich die rote Indikatorlampe nach oben hebt, wenn ein Druck von mehr als ($>$ 2 mm Hg ($>$ 2.72 cm H₂O)) durch den Trocar übertragen wird. Bei einem Druck von weniger als minus ($<$ 2 mm Hg ($<$ 2.72 cm H₂O)) sinkt sich die rote Indikatorlampe nach unten. Kommen die rote Indikatorlampe nicht auf den Anschlag des Trocars zu stehen und/oder wenn ein konstanter Sog vorhanden ist.

7. Péler la paper sur les côtés du coussin adhésif et faire clic sur la poitrine. La surface de la peau doit être complètement sèche afin de faciliter l'adhésion du coussin adhésif.
 8. Lorsque l'orifice auto-obturant n'est plus utilisé (général), il est recommandé de sceller l'ouverture avec une bande adhésive.
 9. Si s'il est anticipé que le patient sera actif, des sutures doivent être effectuées à travers le coussin adhésif et les trous de suture sur le dessus du dispositif pour mieux fixer à la peau du patient.
 10. Si l'avantage de l'aspiration est utilisé pour mieux attraper le dispositif, il ne faut pas le placer au-dessus des évènements d'air.

VERIFIEZ S'IL Y A DES FUILES CONSTANTES DE L'AIR:
 L'obturateur d'occlusion du Ventilateur Thoracique peut être utilisé pour vérifier l'absence constante de fuites d'air depuis le thorax du malade. Pour obtenir le Ventilateur Thoracique, insérez et assurez-vous l'obturateur d'occlusion à la suture Luer sur la porte auto-obturante. Avec l'obturateur d'occlusion en place, le système ne ventilerá plus que 0,02 cm d'air sur une pression de 15 mm Hg. Avertissement: Enlever l'obturateur d'occlusion lorsque le thorax du malade est ventilé. Le Ventilateur Thoracique ne ventilerá plus de l'air si l'obturateur d'occlusion est en place. Scellez la porte auto-obturante avec le couvercle scellez après l'enlèvement du ventilateur thoracique.

ASPIRATION:
 1. L'air peut être pompé à la main hors de la cavité pleurale en insérant la canule d'aspiration dans le vent à travers l'orifice auto-obturant. Monter la seringue de 60 ml sur la canule d'aspiration à l'aide du raccord Luer, et enlever l'air dans la cavité pleurale avec la seringue. Ne pas attacher la seringue directement à l'orifice auto-obturant. Retirer la canule d'aspiration en tournant et tirant doucement la bride (voir le diagramme) de la canule d'aspiration. Coupez immédiatement l'orifice auto-obturant avec le couvercle scellez après avoir retiré la canule d'aspiration.

2. Une petite quantité de fluide naturel s'accumule dans le dispositif, ce fluide peut être retiré par l'orifice de drainage à l'aide d'une seringue.
ACCESSEUR D'ASPIRATION EXTERNE:
 Si vous désirez raccorder le cathéter à un système d'aspiration, retirez le tube d'aspiration externe et attachez-le au cathéter pendant que vous raccordez le tubeage. Insérez cette dernière à travers l'orifice auto-obturant sur l'évent thoracique, puis placez les petites quantités de liquide (5 ml) sans que cela gêne son fonctionnement, des volumes plus importants peuvent causer des problèmes. Si à l'inspiration vous constatez un hémithorax ou la présence d'un autre liquide, vous devez retirer le cathéter jusqu'à ce qu'il se libère.

3. **NE DESTINEZ PAS UN HEMITHORAX OU AU DRAINAGE D'AUTRES LIQUIDES.** L'évent thoracique THORA-VENT n'est pas indiqué en cas d'hémithorax ou pour évacuer un liquide autre que l'air. Même si ce dispositif peut être en présence de petites quantités de liquide (5 ml) sans que cela gêne son fonctionnement, des volumes plus importants peuvent causer des problèmes. Si à l'inspiration vous constatez un hémithorax ou la présence d'un autre liquide, vous devez retirer le cathéter jusqu'à ce qu'il se libère.

4. **MAINTIENEZ UNE BONNE ETANCHEITE.** Aucun air ne doit pénétrer, pour éviter un emphysema sous-cutané.
 5. En cas de risque de pneumothorax spontané, des événements multiples ou un gros cathéter (drain thoracique) pourraient être nécessaires pour obtenir une décompression thoracique.
 6. Lors d'un drainage continu d'air sur une période prolongée, il faudrait envisager une intervention supplémentaire susceptible de résoudre le problème.
 7. Le chirurgien ou médecin traitant devra garder présentes à l'esprit les complications associées au traitement de pneumothorax, y compris réexpansion et laceration des vaisseaux intercostaux.

8. Couper toujours le tubeage d'aspiration lorsque l'évent thoracique n'est pas aspiré.
 9. Ne pas désinfecter l'évent thoracique avec de l'alcool (propanol). L'alcool peut dégrader le dispositif.
 10. Si l'obturateur d'occlusion est employé pour faire la vérification de fuites d'air, enlever l'obturateur d'occlusion lorsque la vérification est terminée. L'obturateur thoracique ne ventilerá plus de l'air si l'obturateur d'occlusion est en place.

11. **Évitez les aiguilles dans des contenants pour aiguilles homogénéisées conformément aux réglementations en vigueur et aux règles de l'institution.**

Sterile, si l'emballage n'a pas été ouvert et n'est pas endommagé.
 La réutilisation de ce dispositif à usage unique peut entraîner l'infection du patient et/ou à mauvais fonctionnement du dispositif.

MR Conditional
 PHT
 BBP

Content of non-sterile (phthalates) benzyl and butyl cellosolve (PBZ)

MR Conditional
 PHT
 BBP

Content of non-sterile (phthalates) benzyl and butyl cellosolve (PBZ)

MR Conditional
 PHT
 BBP

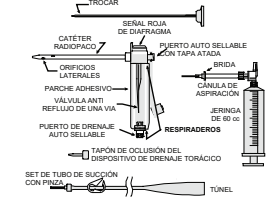
Content of non-sterile (phthalates) benzyl and butyl cellosolve (PBZ)

MR Conditional
 PHT
 BBP

Content of non-sterile (phthalates) benzyl and butyl cellosolve (PBZ)

UTILIZACIÓN:
 El Juego de Drenaje Torcáco THORA-VENT ha sido diseñado para el tratamiento de neumothorax espontáneo, traumático y iatrogénico. También puede utilizarse para evakuar el aire de la pléora después de una intervención torácica y para el tratamiento de neumothorax que puede tener lugar después de la extracción de un tubo de drenaje. Do not use the device for continuous use until approved by your physician. Intended for short-term use (more than 24 hours and less than 30 days).

TROCACAR



INSTRUCCIONES DE USO:
 1. Seleccione el lugar de punción, preferiblemente el segundo espacio intercostal en la línea medio-clavicular o en otro punto apropiado.
 2. Prepare el área a través del procedimiento estándar. Utilizando el escalpelo, realice una pequeña incisión en la piel.
 3. Retire el protector del trocar y introduzca el trocar en el espacio pleural a través de la incisión preformada.
 4. Elimine la vaina protectora del catéter. Pélale las partes centrales del papel recubridor del catéter.
 5. Al presionar el botón del trocar, introduzca el dispositivo en posición y introduzca el conjunto trocar/catéter en el espacio pleural a través de la incisión preformada inmediatamente por encima del borde superior de la costilla. No retraiga el trocar.
 6. La entrada del catéter en la cavidad pleural se detecta por la fluctuación de la señal roja en el diafragma.
 7. Cuando la punta del catéter entra a la cavidad pleural, deje de avanzar el trocar e introduzca el largo completo del catéter. No retraiga el trocar, a menos que el catéter haya sido completamente retirado del paciente.
 8. Cuando el extremo del catéter está completamente retirado del paciente, la membrana de señalización roja se vuelve convexe cuando se transmite a través del catéter una presión superior a 2 mm Hg y se retrae hacia abajo cuando a través del catéter se transmite una presión inferior a 2 mm Hg.
 9. El indicador no funcionará adecuadamente si el paciente se está administrando ventilación mecánica o succión constante.
 10. Es posible esperar que el paciente este ventilado, se debe cosear suturas a través de la parche adhesivo así como por las aperturas de suturas en la parte superior del dispositivo para anclarlo aun más a la piel del paciente.
 11. Si se usa una unidad auto sellable no está en uso (no conectado), hay que sellarlo con tapa atada al mismo.
 12. Es posible esperar que el paciente este ventilado, se debe cosear suturas a través de la parche adhesivo así como por las aperturas de suturas en la parte superior del dispositivo para anclarlo aun más a la piel del paciente.

12. Si se usa una unidad auto sellable no está en uso (no conectado), hay que sellarlo con tapa atada al mismo.
 13. Es posible esperar que el paciente este ventilado, se debe cosear suturas a través de la parche adhesivo así como por las aperturas de suturas en la parte superior del dispositivo para anclarlo aun más a la piel del paciente.
 14. Si se usa una unidad auto sellable no está en uso (no conectado), hay que sellarlo con tapa atada al mismo.
 15. Es posible esperar que el paciente este ventilado, se debe cosear suturas a través de la parche adhesivo así como por las aperturas de suturas en la parte superior del dispositivo para anclarlo aun más a la piel del paciente.

16. Si se usa una unidad auto sellable no está en uso (no conectado), hay que sellarlo con tapa atada al mismo.
 17. Es posible esperar que el paciente este ventilado, se debe cosear suturas a través de la parche adhesivo así como por las aperturas de suturas en la parte superior del dispositivo para anclarlo aun más a la piel del paciente.

18. Si se usa una unidad auto sellable no está en uso (no conectado), hay que sellarlo con tapa atada al mismo.
 19. Es posible esperar que el paciente este ventilado, se debe cosear suturas a través de la parche adhesivo así como por las aperturas de suturas en la parte superior del dispositivo para anclarlo aun más a la piel del paciente.

20. Si se usa una unidad auto sellable no está en uso (no conectado), hay que sellarlo con tapa atada al mismo.
 21. Es posible esperar que el paciente este ventilado, se debe cosear suturas a través de la parche adhesivo así como por las aperturas de suturas en la parte superior del dispositivo para anclarlo aun más a la piel del paciente.

22. Si se usa una unidad auto sellable no está en uso (no conectado), hay que sellarlo con tapa atada al mismo.
 23. Es posible esperar que el paciente este ventilado, se debe cosear suturas a través de la parche adhesivo así como por las aperturas de suturas en la parte superior del dispositivo para anclarlo aun más a la piel del paciente.

24. Si se usa una unidad auto sellable no está en uso (no conectado), hay que sellarlo con tapa atada al mismo.
 25. Es posible esperar que el paciente este ventilado, se debe cosear suturas a través de la parche adhesivo así como por las aperturas de suturas en la parte superior del dispositivo para anclarlo aun más a la piel del paciente.

26. Si se usa una unidad auto sellable no está en uso (no conectado), hay que sellarlo con tapa atada al mismo.
 27. Es posible esperar que el paciente este ventilado, se debe cosear suturas a través de la

