

AVANOS*



MIC^{*} GASTRIC-JEJUNAL FEEDING TUBE

WITH ENFit[®] CONNECTORS
SURGICAL PLACEMENT

GJ-Tube

Instructions for Use

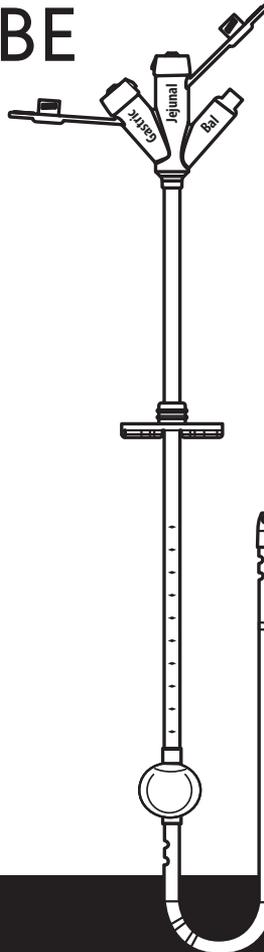


Fig. 1

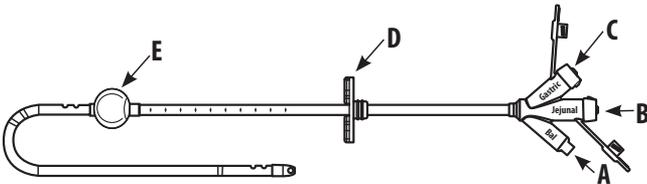


Fig. 2

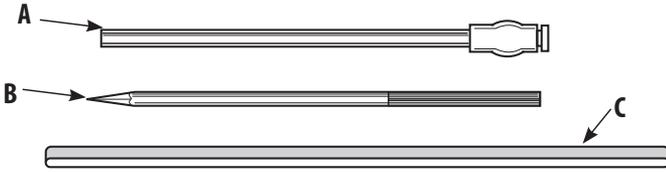


Fig. 3

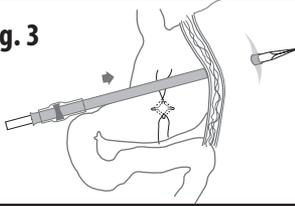


Fig. 4

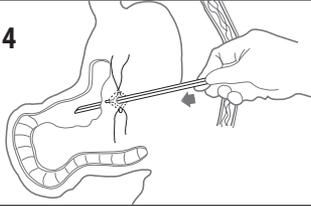


Fig. 5

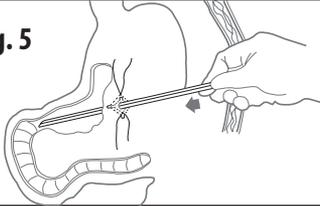


Fig. 6

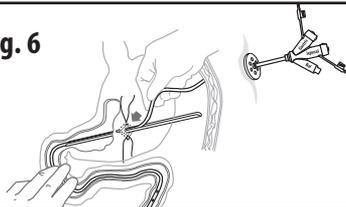
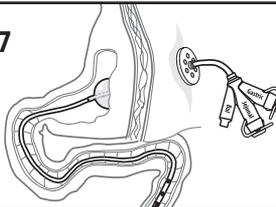


Fig. 7



Mode d'emploi

Sur prescription seulement : La loi fédérale (États-Unis) limite la vente de ce dispositif à un médecin ou à la demande d'un médecin.

Description

La sonde d'alimentation gastro-juvéale (GJ) AVANOS* MIC* (fig. 1) assure simultanément une décompression/un drainage gastrique et l'administration d'une nutrition entérale dans le duodénum distal ou le jéjunum proximal.

Indications

La sonde d'alimentation GJ AVANOS* MIC* est indiquée chez les patients incapables d'absorber une nutrition adéquate par l'estomac, présentant des troubles de la motilité intestinale, une obstruction du défilé gastrique, un reflux gastro-œsophagien grave, qui courent un risque d'aspiration ou qui ont subi auparavant une œsophagectomie ou une gastrectomie.

Contre-indications

Les contre-indications à la mise en place d'une sonde d'alimentation GJ comprennent, sans toutefois s'y limiter, ce qui suit :

- Interposition du côlon
- Ascite
- Hypertension portale
- Péritonite
- Coagulopathie non corrigée
- Incertitude quant au sens et à la longueur du tractus de gastrostomie (épaisseur de la paroi abdominale)

⚠️ Avertissement

Ne pas réutiliser, retraiter ou restériliser ce dispositif médical. Toute réutilisation, tout retraitement ou toute restérilisation peut 1) affecter négativement les caractéristiques de biocompatibilité connues du dispositif, 2) compromettre l'intégrité structurelle du dispositif, 3) faire en sorte que le dispositif ne fonctionne pas comme prévu ou 4) créer un risque de contamination et entraîner la transmission de maladies infectieuses pouvant se traduire par une blessure, une maladie ou même le décès du patient.

⚠️ Attention

Ce dispositif médical contient du DEHP (phtalate de dioctyle), qui est actuellement classé, dans l'Union européenne, comme un agent présumé toxique pour la reproduction humaine, selon les données provenant des études sur des animaux. Il n'existe pas de preuve scientifique concluante montrant que l'exposition au DEHP contenu dans les dispositifs médicaux peut avoir des effets nocifs chez les êtres humains. Une évaluation des risques, ayant tenu compte de l'exposition au DEHP dans toutes les populations de patients indiquées, y compris celles qui pourraient courir un risque accru, a été réalisée pour ce dispositif et a permis de conclure qu'il est sûr lorsqu'il est utilisé conformément aux instructions.

Complications

Les complications suivantes peuvent être associées à toute sonde d'alimentation GJ :

- Nausées, vomissements, ballonnement abdominal ou diarrhée
- Aspiration
- Douleur péristomiale
- Abcès, infection de plaie et lésions cutanées
- Nécrose de pression
- Tissu d'hypergranulation
- Fuite intrapéritonéale
- Enfouissement de la collerette interne
- Fuite péristomiale
- Défaillance de ballonnet ou déplacement de sonde
- Obstruction de sonde
- Saignements gastro-intestinaux ou ulcération
- Sténose du défilé gastrique
- Occlusion intestinale ou gastro-parésie
- Volvulus intestinal et gastrique

D'autres complications, comme des lésions abdominales, peuvent être associées à la procédure de mise en place de la sonde d'alimentation.

Préparation de la sonde

⚠️ **Avertissement : Vérifier l'intégrité de l'emballage. Ne pas utiliser ce dispositif si l'emballage ou la barrière stérile sont endommagés.**

1. Sélectionner la sonde d'alimentation GJ MIC* appropriée, la sortir de l'emballage et l'examiner pour déceler tout dommage.
2. À l'aide de la seringue à embout Luer mâle contenu dans la trousse, gonfler le ballonnet (fig. 1-E) avec de l'eau par le port de gonflage du ballonnet (fig. 1-A). Ne pas utiliser d'air.
3. Retirer la seringue et vérifier l'intégrité du ballonnet en pressant délicatement dessus pour révéler toute fuite. Procéder à un examen visuel du ballonnet pour s'assurer de sa symétrie. La symétrie peut être atteinte en faisant doucement rouler le ballonnet entre les doigts. Réinsérer la seringue et retirer toute l'eau du ballonnet.
4. Vérifier l'anneau de rétention externe (fig. 1-D). L'anneau doit glisser le long de la sonde avec une résistance modérée.
5. Inspecter toute la longueur de la sonde à la recherche d'anomalies.
6. À l'aide d'une seringue ENFit®, purger la lumière gastrique (fig. 1-C) et la lumière jéjunale (fig. 1-B) de la sonde avec de l'eau pour en confirmer la perméabilité.
7. Lubrifier l'embout de la sonde avec un lubrifiant hydrosoluble. Ne pas utiliser d'huile minérale. Ne pas utiliser de pétrolatum.
8. Bien lubrifier la lumière jéjunale à l'aide d'un lubrifiant hydrosoluble. Ne pas utiliser d'huile minérale. Ne pas utiliser de pétrolatum.

Procédure chirurgicale

⚠️ **Attention : Éliminer le trocart tranchant avec les précautions adéquates.**

1. Au moyen d'une laparotomie médiane, identifier le pylore et l'artère épigastrique supérieure dans la paroi abdominale.
2. Le site de la gastrostomie doit se trouver à 10-15 cm du pylore pour assurer que les ports gastriques restent dans l'estomac. Si le site de gastrostomie est trop près du pylore, les ports d'aspiration gastriques se trouveront dans le duodénum. Le site de la gastrostomie doit aussi se trouver à au moins 3 cm du rebord costal afin d'éviter tout mouvement au ballonnet de rétention dû à des abrasions provoquées par les mouvements.
3. Effectuer deux sutures concentriques en cordon de bourse autour du site. Laisser les aiguilles pour sutures en cordon de bourse en place.
4. Sur le péritoine pariétal antérieur, choisir un site de sortie proche de la gastrostomie. Éviter l'artère épigastrique supérieure, les drains et autres stomies.
5. Vérifier que le trocart (fig. 2-B) est inséré à travers la gaine en plastique bleu (fig. 2-A).
6. Avec l'unité trocart/gaine, faire une entaille du péritoine pariétal antérieur à la surface extra-abdominale (fig. 3).
7. Retirer et jeter le trocart, en laissant la gaine en plastique bleu en place. User de prudence lors de la manipulation de l'extrémité tranchante du trocart.
8. Insérer la sonde d'alimentation GJ MIC* à travers la gaine en plastique bleu en la dirigeant vers l'estomac. Insérer la sonde de l'extérieur vers l'intérieur de la cavité abdominale.
9. Retirer la gaine en plastique bleu.
10. À l'aide de pinces Babcock positionnées au niveau de la surface antérieure de l'estomac, saisir l'estomac.
11. Ouvrir l'estomac par électrocautérisation ou avec un bistouri.
12. Gonfler l'entérotonne avec une pince hémostatique.

Procédure de mise en place de la sonde jéjunale par voie transpylorique

1. Bien lubrifier la lumière de la canule fendue blanche (fig. 2-C).
2. Faire glisser la canule dans l'estomac (fig. 4).
3. Introduire la canule dans le pylore et le duodénum proximal. Modérer délicatement la canule, si besoin est, pour l'adapter à l'anatomie du patient.
4. Faire avancer la canule juste au-delà du muscle pylorique. Si la canule est forcée aveuglément contre la paroi duodénale, cela risque d'obstruer le passage de la sonde d'alimentation GJ MIC* (fig. 5).
5. Faire avancer lentement la sonde d'alimentation GJ MIC* dans la canule. Si la sonde ne glisse pas librement, il se peut qu'elle soit enroulée. Retirer la sonde et répéter l'opération.
6. Maintenir la canule place et faire avancer la sonde d'alimentation GJ MIC*

jusqu'à ce que le ballonnet gastrique pénètre dans l'estomac. Palper la sonde à travers le duodénum. Si la sonde est placée de façon satisfaisante, vérifier sa position. Son extrémité doit se trouver de 10 à 15 cm au-delà du ligament suspenseur de l'angle duodéno-jéjunal (fig. 6).

7. Stabiliser la sonde distale en la maintenant avec les doigts à travers la paroi jéjunale avant de retirer la canule de l'estomac.
8. Avec une seringue à embout Luer mâle, gonfler le ballonnet avec 7 à 10 ml d'eau stérile ou distillée.
⚠ Attention : Ne pas dépasser un volume total de 20 ml dans le ballonnet. Ne pas utiliser d'air. Ne pas injecter de produit de contraste dans le ballonnet.
9. Entourer la sonde de sutures en cordon de bourse.
10. Tirer la sonde vers le haut avec précaution pour la sortir de l'abdomen, jusqu'à ce que le ballonnet entre en contact avec la paroi interne de l'estomac (fig. 7).
11. Utiliser les sutures en cordon de bourse pour attacher l'estomac au péritoine. Le cas échéant, pratiquer une ou deux sutures supplémentaires pour assurer l'étanchéité. Veiller à ne pas percer le ballonnet.
12. Essuyer le liquide ou le lubrifiant résiduel de la sonde et de la stomie.
13. Faire glisser l'anneau de rétention externe avec précaution jusqu'à ce qu'il se situe environ 2 à 3 mm au-dessus de la peau.
14. Fixer une suture à la partie étroite de l'anneau. Suturez l'anneau à la peau. Cette étape est facultative. L'application de sutures peut empêcher le retrait accidentel de la sonde ou son déplacement lors de la cicatrisation de la voie. Toutefois, les sutures peuvent également présenter un risque accru d'infection ou de fistulisation.

Vérification de la position et de la perméabilité de la sonde

1. Vérifier radiographiquement la mise en place correcte de la sonde, afin d'éviter toute complication potentielle (p. ex. irritation ou perforation des intestins) et s'assurer que la sonde ne forme pas de boucle dans l'estomac ou l'intestin grêle.

⚠ Attention : La portion jéjunale de la sonde contient du tungstène, qui est radio-opaque et peut servir radiographiquement pour confirmer la position de la sonde. Ne pas injecter de produit de contraste dans le ballonnet.

2. Purger la lumière jéjunale et la lumière gastrique avec de l'eau pour en vérifier la perméabilité.
3. Vérifier l'absence d'humidité autour de la stomie. En présence de signes de fuites gastriques, vérifier la position de la sonde et de l'anneau de rétention externe. Ajouter de l'eau stérile ou distillée, au besoin, par incréments de 1 à 2 ml. Ne pas dépasser la capacité du ballonnet, comme indiqué auparavant.
4. Procéder à une vérification pour s'assurer que l'anneau de rétention externe n'est pas placé trop fermement contre la peau et repose de 2 à 3 mm au-dessus de l'abdomen.
5. Ne commencer l'alimentation qu'après confirmation d'une perméabilité et d'un positionnement adéquats et conformément aux instructions d'un médecin.

Directives concernant la perméabilité de la sonde

La meilleure façon d'éviter les obstructions et de maintenir la perméabilité de la sonde est de la purger convenablement. Les directives suivantes visent à éviter les obstructions et à maintenir la perméabilité de la sonde.

- Purger la sonde d'alimentation avec de l'eau toutes les quatre à six heures dans le cas d'une alimentation continue, dès que l'alimentation est interrompue ou au moins toutes les huit heures si la sonde n'est pas utilisée.
- Purger la sonde d'alimentation après avoir vérifié les résidus gastriques.
- Purger la sonde d'alimentation avant et après l'administration de médicaments et entre deux administrations. Cela permettra d'éviter que le médicament interagisse avec la formule et puisse obstruer la sonde.
- Utiliser des médicaments liquides autant que possible et consulter le pharmacien pour déterminer si l'on peut écraser le médicament solide et le mélanger avec de l'eau. Le cas échéant, pulvériser le médicament solide en fine poudre et dissoudre la poudre dans de l'eau tiède avant de l'administrer par la sonde d'alimentation. Ne jamais écraser de médicament gastro-résistant ni mélanger de médicament avec la formule.
- Éviter d'utiliser des liquides acides comme le jus de canneberges et les boissons à base de cola pour purger les sondes d'alimentation parce que la combinaison de l'acidité du liquide avec les protéines de la formule peut en fait contribuer à obstruer la sonde.

Directives générales de purge

Purger la sonde d'alimentation avec de l'eau à l'aide d'une seringue ENFit® toutes les quatre à six heures dans le cas d'une alimentation continue, dès

que l'alimentation est interrompue ou au moins toutes les huit heures si la sonde n'est pas utilisée ou si les instructions du médecin l'exigent. Purger la sonde d'alimentation après avoir vérifié les résidus gastriques. Purger la sonde d'alimentation avant et après chaque administration de médicaments et entre deux administrations. Éviter d'utiliser des solutions d'irrigation acides comme le jus de canneberges et les boissons à base de cola pour purger les sondes d'alimentation.

- Utiliser une seringue ENFit® de 30 à 60 ml. Ne pas utiliser une seringue plus petite parce que cela peut augmenter la pression de la sonde et risque de causer une rupture des plus petits tubes.
- Utiliser de l'eau à température ambiante pour purger la sonde. Il peut être approprié d'utiliser de l'eau stérile lorsque la qualité de l'eau de l'approvisionnement municipal suscite des inquiétudes. La quantité d'eau dépendra des besoins du patient, de l'état clinique et du type de sonde, mais le volume moyen varie de 10 à 50 ml pour les adultes et de 3 à 10 ml pour les enfants. Le niveau d'hydratation a également une incidence sur le volume utilisé pour purger les sondes d'alimentation. Bien souvent, augmenter le volume d'eau de purge peut éviter la nécessité de soluté intraveineux supplémentaire. Cependant, les personnes atteintes d'insuffisance rénale et autres restrictions liquidiennes devraient recevoir le volume de purge minimal nécessaire pour maintenir la perméabilité.
- Éviter d'exercer une force excessive pour purger la sonde. Une force excessive peut perforer la sonde et léser le tractus gastro-intestinal.
- Consigner le temps et la quantité d'eau utilisée dans le dossier du patient. Cela permettra à tous les soignants de surveiller les besoins du patient avec plus de précision.

Administration de la nutrition

1. Ouvrir le bouchon du port d'accès jéjunal de la sonde d'alimentation GJ MIC*.
2. Utiliser une seringue ENFit® pour purger la sonde avec la quantité d'eau prescrite conformément aux directives générales de purge.
3. Retirer la seringue de purge du port d'accès jéjunal.
4. Bien connecter une trousse d'alimentation ENFit® au port d'accès jéjunal.
⚠ Attention : Ne pas trop serrer le connecteur de la trousse d'alimentation ou la seringue dans le port d'accès.
5. Effectuer l'alimentation conformément aux instructions du clinicien.
⚠ Attention : En présence de formule dans le drainage gastrique, arrêter l'alimentation et avvertir le médecin ou le professionnel de la santé.
6. Retirer la trousse d'alimentation ou la seringue du port d'accès jéjunal.
7. Utiliser une seringue ENFit® pour purger la sonde avec la quantité d'eau prescrite conformément aux directives générales de purge.
8. Retirer la seringue de purge du port d'accès jéjunal.
9. Fermer le bouchon du port d'accès jéjunal.

Administration de médicaments

Utiliser des médicaments liquides autant que possible et consulter le pharmacien pour déterminer si l'on peut écraser le médicament solide et le mélanger avec de l'eau. Le cas échéant, pulvériser le médicament solide en fine poudre et dissoudre la poudre dans de l'eau tiède avant de l'administrer par la sonde d'alimentation. Ne jamais écraser de médicament gastro-résistant ni mélanger de médicament avec la formule.

1. Ouvrir le bouchon du port d'accès prescrit de la sonde GJ MIC*.
2. Utiliser une seringue ENFit® pour purger la sonde avec la quantité d'eau prescrite conformément aux directives générales de purge.
3. Retirer la seringue de purge du port d'accès.
4. Bien connecter une seringue ENFit® contenant le médicament au port d'accès.
⚠ Attention : Ne pas trop serrer la seringue dans le port d'accès.
5. Administrer le médicament en appuyant sur le piston de la seringue ENFit®.
6. Retirer la seringue du port d'accès.
7. Utiliser une seringue ENFit® pour purger la sonde avec la quantité d'eau prescrite conformément aux directives générales de purge.
8. Retirer la seringue de purge du port d'accès.
9. Fermer le bouchon du port d'accès.

Décompression gastrique

La décompression gastrique peut se faire en effectuant un drainage par gravité ou une aspiration intermittente lente.

⚠ Attention : Ne jamais raccorder le port d'accès jéjunal à un port d'aspiration. Ne pas mesurer les résidus depuis le port d'accès jéjunal.

1. Ouvrir le bouchon du port d'accès gastrique de la sonde d'alimentation GJ MIC*.

- Dans le cas d'un drainage par gravité, placer le port d'accès gastrique ouvert de la sonde d'alimentation GJ MIC* directement au-dessus de l'ouverture d'un récipient approprié.

Remarque : S'assurer que le port d'accès ouvert est placé sous la stomie.

- Pour une aspiration intermittente lente, connecter une seringue ENFit* au port d'accès gastrique.
- Effectuer une aspiration intermittente lente en retirant lentement le piston de la seringue à intervalles courts.
- ⚠️ Avertissement :** ne pas effectuer une aspiration continue ou à haute pression. Une pression élevée risque d'affaiblir la sonde ou de blesser le tissu stomacal et de causer des saignements.
- Déconnecter la seringue de décompression du port d'accès gastrique.
- Utiliser une seringue ENFit* pour purger la sonde avec la quantité d'eau prescrite conformément aux directives générales de purge.
- Retirer la seringue de purge du port d'accès gastrique.
- Fermer le bouchon du port d'accès gastrique.

Entretien du ballonnet

La durée de vie du ballonnet ne peut pas être prévue avec précision. En général, les ballonnets en silicone durent 1 à 8 mois, mais leur durée de vie varie en fonction de plusieurs facteurs, notamment les médicaments, le volume d'eau utilisé pour gonfler le ballonnet, le pH gastrique et l'entretien de la sonde.

Vérifier le volume d'eau dans le ballonnet une fois par semaine.

- Insérer une seringue à embout Luer mâle dans le port de gonflage du ballonnet (BAL) et aspirer le liquide tout en maintenant la sonde en place. Comparer la quantité d'eau dans la seringue à la quantité recommandée ou à celle prescrite initialement et figurant dans le dossier du patient. Si la quantité est inférieure à celle recommandée ou prescrite, réinjecter l'eau sortie initialement dans le ballonnet, puis y ajouter la quantité nécessaire pour amener le volume du ballonnet à la quantité d'eau recommandée et prescrite. Lors du dégonflage du ballonnet, garder à l'esprit le fait qu'une certaine quantité de contenu gastrique peut se répandre autour de la sonde. Prendre note du volume de liquide, de la quantité de volume à remplacer (au besoin), de la date et de l'heure.
- Patienter de 10 à 20 minutes avant de répéter la procédure. Si le ballonnet a perdu du liquide, il s'agit d'une fuite et la sonde doit être remplacée. Un ballonnet dégonflé ou déchiré pourrait déloger ou déplacer la sonde. En cas de rupture du ballonnet, celui-ci doit être remplacé. Fixer la sonde en place à l'aide de ruban adhésif, puis suivre le protocole de l'établissement et/ou communiquer avec le médecin pour des instructions.
- ⚠️ Attention :** Remplir à nouveau le ballonnet avec de l'eau stérile ou distillée et non pas d'air ni de sérum physiologique. Le sérum physiologique peut cristalliser et boucher la valve ou la lumière du ballonnet et de l'air peut s'échapper et entraîner un effondrement du ballonnet. S'assurer d'utiliser la quantité d'eau recommandée puis qu'un surgonflage peut obstruer la lumière ou réduire la durée de vie du ballonnet et qu'un sous-gonflage ne permettra pas de fixer correctement la sonde.

Liste de contrôle d'entretien et de soins quotidiens

- Évaluer le patient pour déceler tout signe de douleur, de pression ou d'inconfort.
- Évaluer le site de stomie pour déceler tout signe d'infection, par exemple rougeur, irritation, œdème, enflure, sensibilité, chaleur, éruptions cutanées, purulence ou drainage gastro-intestinal. Évaluer le patient pour déceler tout signe de nécrose de pression, de lésions cutanées ou de tissu d'hypergranulation.
- Utiliser de l'eau tiède avec du savon doux.
- Effectuer un mouvement circulaire de la sonde vers l'extérieur.
- Purger à fond et bien sécher.
- Évaluer la sonde pour déceler toute anomalie, comme des dommages, une obstruction ou une décoloration anormale.
- Utiliser de l'eau tiède avec du savon doux en prenant soin de ne pas trop tirer ou manipuler la sonde.
- Purger à fond et bien sécher.
- Nettoyer les ports jéjunal, gastrique et de gonflage du ballonnet. Utiliser un applicateur ouaté ou un chiffon doux pour éliminer toute quantité résiduelle de formule et de médicament.

- Vérifier si le bouton externe est 1 ou 2 mm au-dessus de la peau.
- Purger la sonde d'alimentation de la façon décrite à la section Directives générales de purge, ci-dessus.

⚠️ Attention : Ne pas faire pivoter l'anneau de rétention externe. Pour ne pas risquer de tordre la sonde ou de la déloger.

Obstruction de la sonde

L'obstruction de la sonde est généralement causée par :

- de mauvaises techniques de purge;
- l'omission de purger après la mesure des résidus gastriques;
- une administration inappropriée de médicaments;
- des fragments de pilules;
- des formules épaisses, comme des formules concentrées ou enrichies qui sont généralement plus épaisses;
- une contamination de la formule qui entraîne sa coagulation;
- un reflux du contenu gastrique ou intestinal dans la sonde.

Pour déboucher une sonde

- S'assurer que la sonde d'alimentation n'est pas entortillée ou pincée.
- Si l'obstruction est visible au-dessus de la surface de la peau, masser ou pomper doucement la sonde avec les doigts pour défaire l'obstruction.
- Connecter une seringue ENFit* de 30 à 60 ml remplie d'eau tiède dans le port d'accès approprié de la sonde, puis tirer et enfoncer doucement le piston pour déloger l'obstruction. Ne pas utiliser une seringue plus petite parce que cela peut augmenter la pression de la sonde et risque de causer une rupture des plus petits tubes.
- Si l'obstruction persiste, répéter l'étape 3. Alternier une aspiration douce avec une pression de la seringue permettra d'éliminer la plupart des obstructions.
- Si cela ne fonctionne pas, consulter le médecin. Ne pas utiliser de jus de canneberges, de boissons à base de cola, d'attendrisseur à viande ou de chymotrypsine, puisque cela peut en fait causer des obstructions ou créer des effets indésirables chez certains patients. Si l'obstruction persiste et ne peut pas être éliminée, il faut remplacer la sonde.

⚠️ Attention : Ne pas insérer de corps étrangers dans la sonde.

Information sur la sécurité et les IRM

Des tests non cliniques ont démontré que la sonde d'alimentation entérale GJ MIC* a une compatibilité conditionnelle avec la résonance magnétique. Un patient porteur de ce dispositif peut subir sans danger un examen IRM dans les conditions suivantes :

- Champ magnétique statique de 1,5 T et 3 T seulement
- Gradient spatial de champ maximal de 4 000 Gauss/cm (40 T/m)
- Système de RM maximum signalé, indice de débit d'absorption spécifique (DAS) moyen pour le corps entier de 4 W/kg pour un test de 15 minutes (à savoir séquence par impulsion) en mode de fonctionnement contrôlé de premier niveau

Dans les conditions d'examen définies ci-dessus, la sonde d'alimentation entérale GJ MIC* devrait produire une augmentation maximale de la température de 2,8 °C après 15 minutes de test en continu (à savoir séquence par impulsion).

Dans les tests non cliniques, l'artefact d'image causé par le dispositif s'étend à environ 5 mm de la sonde d'alimentation entérale GJ MIC* lors de la réalisation d'images avec une séquence par impulsion en écho de gradient et un système d'IRM 3 T.

⚠️ Avertissement : Pour la nutrition entérale et/ou l'administration entérale de médicaments seulement.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez composer le 1-844-4AVANOS (1-844-428-2667), aux États-Unis, ou consulter notre site Web, à l'adresse www.avanos.com.

Brochures éducatives disponibles sur demande : « A Guide to Proper Care » et « A Stoma Site and Enteral Feeding Tube Troubleshooting Guide ». Veuillez communiquer avec votre représentant local ou le service à la clientèle.

 Diamètre	 Longueur	Contient 	 Compatibilité conditionnelle avec la résonance magnétique
---	--	--	---

Distributed in the USA by Avanos Medical Sales, LLC,
5405 Windward Parkway, Alpharetta, GA 30004 USA.
In USA, 1-844-4AVANOS (1-844-428-2667). www.avanos.com
 Avanos Medical, Inc., 5405 Windward Parkway, Alpharetta, GA 30004 USA.
 Avanos Medical Belgium BVBA, Leonardo Da Vincilaan 1,
1930 Zaventem, Belgium.
Sponsored in Australia by Avanos Medical Australia Pty Ltd,
475 Victoria Avenue, Chatswood, NSW 2067, Australia.

CE 2797