

PREVENA™

SYSTÈME DE PRISE EN CHARGE DES INCISIONS



THÉRAPIE PREVENA™

EN CHIRURGIE
CARDIOVASCULAIRE





Les infections de site opératoire (ISO) représentent **19,6 %** de l'ensemble des infections nosocomiales et coûtent jusqu'à **19,1 milliards d'euros par an** aux systèmes de soins de santé européens^{1,2}

COMPLICATIONS EN **CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE** :

10 et **23** jours

Prolongation de la durée médiane d'hospitalisation due à des ISO consécutives à **une chirurgie vasculaire et cardiaque**, respectivement³

2 861 €

Coûts supplémentaires médians **dus aux ISO** suite à une **chirurgie vasculaire**³

7 %

Taux d'ISO suite à une **chirurgie vasculaire**³

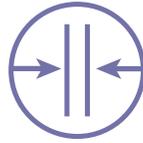
12 697 €

Coûts supplémentaires médians **dus aux ISO** suite à une **chirurgie cardiaque**³

jusqu'à **17,6 %**

Taux d'ISO suite à une **chirurgie cardiothoracique**⁴⁻⁶

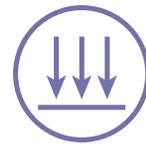
Le système de prise en charge des incisions PREVENA™ est spécifiquement conçu pour **prendre en charge et protéger les incisions chirurgicales en :**



Maintenant ensemble les bords de l'incision



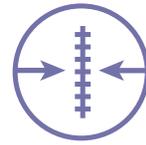
Réduisant l'œdème



Servant de barrière à la contamination externe



Assurant une pression continue de -125 mmHg jusqu'à 7 jours



Réduisant la tension latérale sur les incisions suturées/agrafées^{†7}

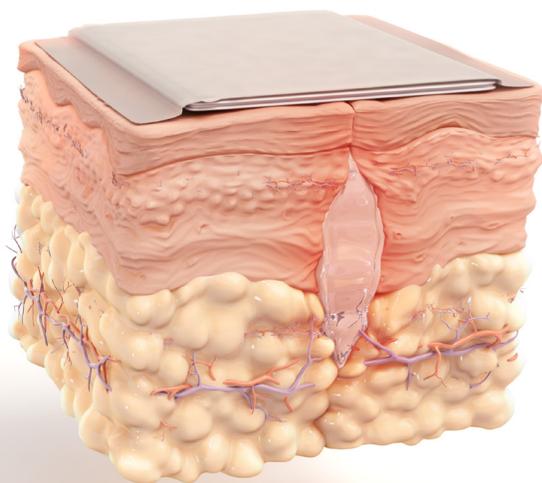


Éliminant les liquides et les éléments infectieux*

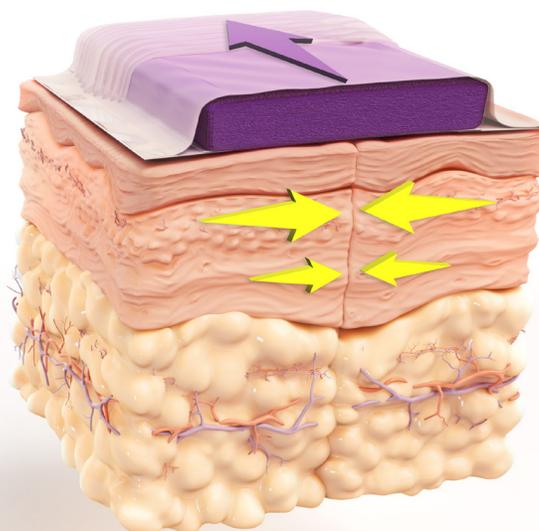
*Dans un réservoir † Dans des modèles informatiques et de laboratoire

La thérapie PREVENA™ utilise de la **mousse réticulée à pores ouverts** et une pression de -125 mmHg

Thérapie passive



Thérapie PREVENA™



Sous une pression négative de -125 mmHg, le pansement en mousse réticulée à pores ouverts s'affaisse sur son centre géométrique. Cela rapproche les bords de l'incision, réduit la tension latérale et permet une meilleure prise en charge du liquide⁷⁻⁹.

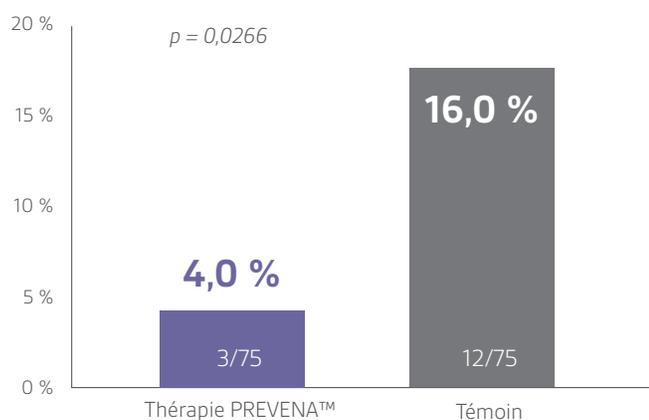
- Les contours du pansement PREVENA™ permettent une répartition uniforme de la pression négative
- Le film adhésif crée une barrière contre les contaminants externes
- Conçu pour épouser les articulations et permettre le mouvement
- L'interface cutanée contient 0,019 % d'argent ionique pour réduire la colonisation bactérienne dans le tissu
- Plusieurs tailles et configurations
- L'unité de thérapie PREVENA™ 125 et les pansements PREVENA™ peuvent être portés sous la douche*

*Consultez les guides du patient et du clinicien sur la thérapie PREVENA™ pour obtenir des renseignements supplémentaires

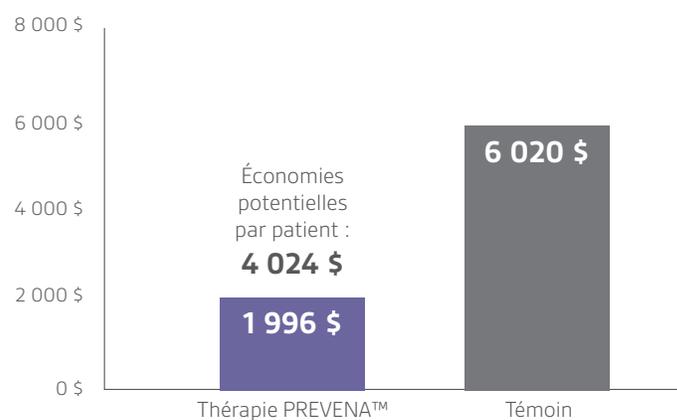
Prévention des **infections des plaies après sternotomie** chez les patients obèses par thérapie par pression négative¹⁰

- Cet essai clinique prospectif, monocentrique a évalué l'utilisation de la thérapie PREVENA™ en comparaison avec les pansements postopératoires standard (témoin) pour la prévention des infections des plaies dans les 90 jours suivant des procédures de sternotomie médianes chez 150 patients obèses (IMC ≥ 30) consécutifs.
- **Les patients traités avec la thérapie PREVENA™ ont développé moins d'infections des plaies** (3/75 [4 %] vs 12/75 [16 %], $p = 0,0266$) que les patients traités avec des pansements postopératoires standard
- Des infections de plaies présentant une flore à Gram positif ont été décelées chez un seul patient du groupe traité avec la thérapie PREVENA™, contre 10 patients du groupe témoin ($p = 0,0090$).
- Un modèle de coût hypothétique appliqué aux résultats cliniques de cette étude montre une **économie potentielle par patient de 4 024 \$** grâce à l'utilisation de la thérapie PREVENA™.

TAUX D'INFECTION



COÛT TOTAL PAR PATIENT



Modèle économique

Modèle économique hypothétique post-sternotomie	Thérapie PREVENA™ (n = 75)	Témoin (n = 75)
Nombre d'infections (a)	3	12
Pourcentage d'infections	4,0 %	16,0 %
Coût par infection ¹¹ (b)	37 513 \$	37 513 \$
Coût d'une infection par patient (a*b)/n	1 501 \$	6 002 \$
Coût par patient de la thérapie [†]	495 \$	18 \$
Coût total par patient (USD)	1 996 \$	6 020 \$

† Estimation de KCI basée sur le prix du système de pansement PEEL & PLACE™ PREVENA™ et de la thérapie témoin (gaze) avec changement de pansement une fois par jour à 18 \$ par semaine.

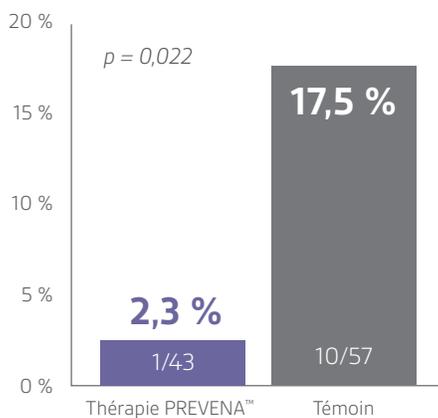
Le modèle économique hypothétique utilise certaines données d'étude afin de fournir une illustration des estimations des coûts d'utilisation de la thérapie PREVENA™ ou de pansements postopératoires standard (témoin). Ce modèle est une illustration et non une garantie de la réalité en termes de coûts individuels, d'économies, de résultats ou d'issues de traitement.

Il est donc recommandé à l'hôpital d'utiliser ce modèle comme une illustration uniquement pour faciliter une évaluation globale des produits et des prix.

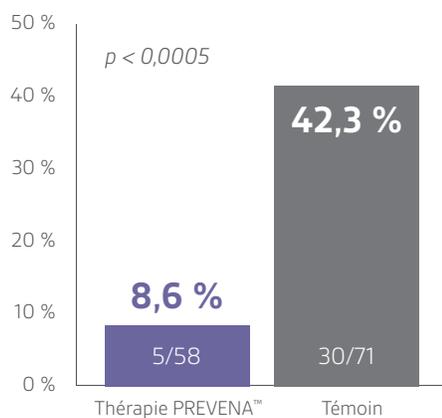
Réduction des **complications des plaies inguinales** chez des patients ayant subi une chirurgie vasculaire avec une thérapie par pression négative sur incisions fermées (TPNif) : étude prospective, randomisée et monocentrique¹²

- Cette étude prospective randomisée monocentrique visait à évaluer l'efficacité de la thérapie PREVENA™ en comparaison avec un pansement adhésif conventionnel (témoin) sur des incisions inguinales après une chirurgie vasculaire.
- Le groupe traité avec la thérapie PREVENA™ était composé de 43 patients et 58 incisions inguinales, et le groupe témoin de 57 patients et 71 incisions inguinales.
- L'évaluation de la plaie selon la classification de Szilagyi (grade I, II et III) a été réalisée en postopératoire, aux jours 5–7 et 30.
- Dans cette étude, les patients présentant une déhiscence de la plaie cutanée, une nécrose cutanée et des signes d'infection locale unique ont été classés comme grade I. Une déhiscence de la plaie dans la couche sous-cutanée, un hématome, une fistule lymphatique, un lymphocèle, un sérome, des signes d'infection locale unique et d'infection systémique ont été classés comme grade II. Tous les signes d'infection locale classiques (douleur, œdème, rougeurs et hyperémie, sensation de chaleur, dysfonction), les signes d'infection systémique et les infections après transplantation artérielle ont été classés comme grade III.
- * **La thérapie PREVENA™ a permis de réduire significativement l'incidence des infections locales** en comparaison avec l'utilisation de pansements conventionnels (1/43 [2,3 %] vs 10/57 [17,5 %], respectivement ; $p = 0,022$)
- Par rapport au groupe témoin, le groupe recevant la **thérapie PREVENA™ a obtenu une réduction significative des complications de la plaie** au terme des deux périodes d'évaluation (5/58 [8,62 %] vs 30/71 [42,3 %], $p < 0,0005$)
- **La thérapie PREVENA™ a montré une réduction significative lors des chirurgies de reprise** (1/58 [1,7 %] vs 10/71 [14,1 %], respectivement ; $p = 0,022$) jusqu'à 30 jours après l'intervention par rapport au groupe témoin.
- Un modèle de coût hypothétique appliqué aux résultats cliniques de cette étude montre une **économie potentielle par patient de 2 694 \$ grâce à l'utilisation de la thérapie PREVENA™**.

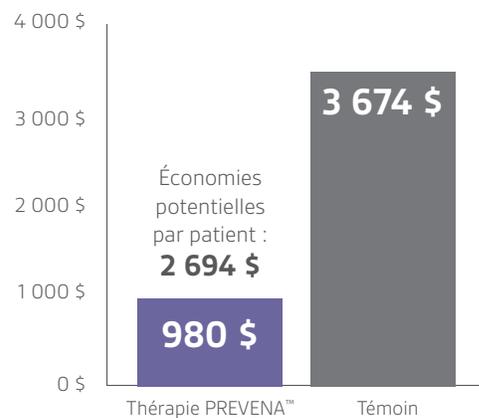
TAUX D'INFECTION LOCALE



COMPLICATIONS DE LA PLAIE AUX DEUX PÉRIODES D'ÉVALUATION



COÛT TOTAL PAR PATIENT



Modèle économique hypothétique d'une incision inguinale post-chirurgie vasculaire	Thérapie PREVENA™	Témoin
Nombre de patients (n)	43	57
Nombre d'infections locales (a)	1	10
Pourcentage d'infections locales	2,3 %	17,5 %
Coût par infection locale ¹¹ (b)	20 842 \$	20 842 \$
Coût d'une infection locale par patient (a*b)/n	485 \$	3 656 \$
Coût par patient de la thérapie [†]	495 \$	18 \$
Coût total par patient (USD)	980 \$	3 674 \$

† Estimation de KCI basée sur le prix du système de pansement PEEL & PLACE™ PREVENA™ et de la thérapie témoin (gaze) avec changement de pansement une fois par jour à 18 \$ par semaine.

Le modèle économique hypothétique utilise certaines données d'étude afin de fournir une illustration des estimations des coûts d'utilisation de la thérapie PREVENA™ ou de pansements postopératoires standard (témoin). Ce modèle est une illustration et non une garantie de la réalité en termes de coûts individuels, d'économies, de résultats ou d'issues de traitement.

Il est donc recommandé à l'hôpital d'utiliser ce modèle comme une illustration uniquement pour faciliter une évaluation globale des produits et des prix.

Les facteurs de risque de complication du site opératoire dépendent de nombreux facteurs, **notamment spécifiques au patient et à l'intervention chirurgicale.**

Tableau 1. Facteurs de risque généraux d'ISO (d'après [13-18])

Catégorie	Facteurs de risque liés au patient	Facteurs de risque liés à l'intervention
Facteurs de risque majeurs	<ul style="list-style-type: none"> • IMC ≥ 40 kg/m² ou ≤ 18 kg/m² • Diabète insulino-dépendant non contrôlé • Dialyse 	<ul style="list-style-type: none"> • Prolongation de l'intervention* • Chirurgie en urgence • Hypothermie
Facteurs de risque modérés	<ul style="list-style-type: none"> • État de santé ASA > II • IMC 30–39,9 kg/m² • Diabète sucré • Bronchopneumopathie chronique obstructive, classe GOLD ≥ 2 • Insuffisance rénale/maladie rénale chronique • Immunosuppression • Traitement par stéroïdes pour une maladie chronique • Chimiothérapie • Infection pré-existante dans un endroit du corps éloigné du site opératoire • Sérum-albumine < 2,5 g/dl • Tabagisme (en cours) 	<ul style="list-style-type: none"> • Anémie/transfusion sanguine • Tension élevée de la plaie après la fermeture • Double traitement antiplaquettaire • Administration suboptimale ou omission des antibiotiques prophylactiques • Traumatisme des tissus/grande surface de dissection ou de décollement
Facteurs de risque mineurs	<ul style="list-style-type: none"> • IMC 25–29,9 kg/m² • Hospitalisation pré-opératoire prolongée ou séjour dans une maison de retraite • Maladie vasculaire périphérique • Insuffisance cardiaque congestive avec fraction d'éjection ventriculaire gauche < 30 % 	<ul style="list-style-type: none"> • Échec de l'élimination des espaces morts • Emplacement de l'incision • Intervention antérieure • Drains chirurgicaux

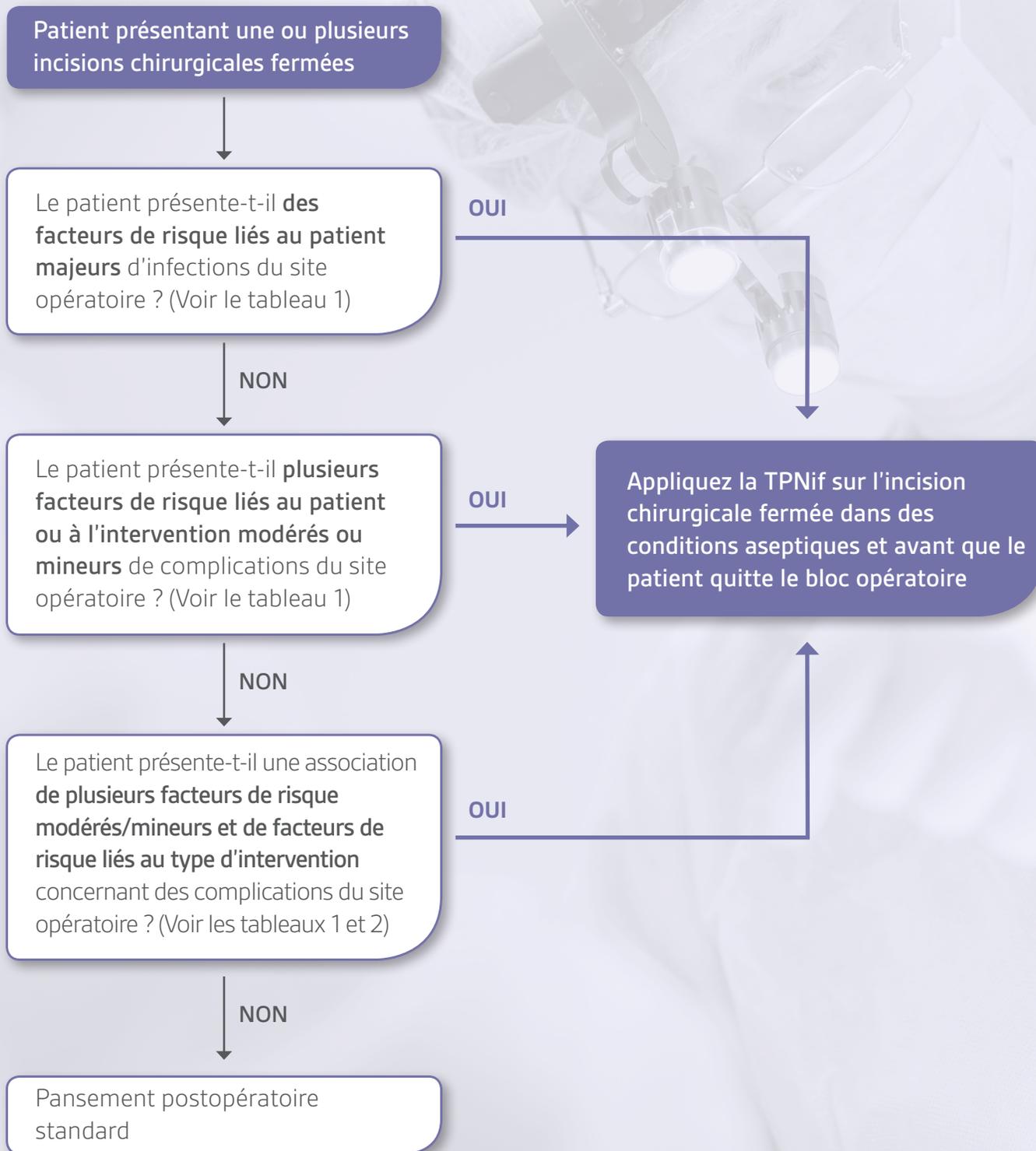
*Définie comme > T (heures) en fonction du type d'intervention chirurgicale, et correspondant au 75e centile de la durée d'une intervention spécifique, par ex. un pontage aorto-coronarien possède une T de 5 heures et une césarienne, une T de 1 heure [81]

Tableau 2. Exemple de facteurs de risque supplémentaires de complications du site opératoire par type d'intervention (d'après [19-22])

Type d'intervention	Facteurs de risque supplémentaires
Cardiothoracique	<ul style="list-style-type: none"> • Prélèvement bilatéral de l'artère mammaire interne • Radiothérapie de la paroi thoracique • Dispositif d'assistance ventriculaire gauche (DAVG) • Greffon • Prolongation de la dérivation cardiopulmonaire • Retard de fermeture
Vasculaire	<ul style="list-style-type: none"> • Incision inguinale
Abdominale	<ul style="list-style-type: none"> • Perforation viscérale • Formation/fermeture d'une stomie • Radiothérapie antérieure sur le site opératoire • Incisions multiples
Mammaire/plastique	<ul style="list-style-type: none"> • Coronaropathie • Risque de saignement • Score BRA (Breast Reconstruction Risk Assessment)*
Obstétrique	<ul style="list-style-type: none"> • Césariennes multiples (> 3) • Anticoagulants • Perte de sang peropératoire > 1,5 l • Pré-éclampsie • Chorioamnionite
Orthopédique	<ul style="list-style-type: none"> • Implant/prothèse • Polyarthrite rhumatoïde • Portage nasal de Staphylococcus aureus

*Le score BRA calcule le risque (en %) d'un éventail de complications, par ex. ISO, sérome, déhiscence, perte de lambeau, explantation et réintervention, sur la base de facteurs tels que la modalité de reconstruction, l'IMC, l'âge, le score d'état de santé ASA, les troubles hémorragiques, les antécédents d'intervention cardiaque percutanée ou de chirurgie cardiaque (www.brascore.org)

Le groupe de consensus de la World Union of Wound Healing Societies (WUWHS) a proposé la recommandation clinique suivante concernant l'utilisation de la thérapie par pression négative sur des incisions fermées (TPNif)



Plus de 70 publications relatives à la thérapie par pression négative sur incisions fermées ont recours aux produits KCI™/Acelity™.

Les publications suivantes sont spécifiques à la chirurgie cardiothoracique et vasculaire

Citation	Type de plaie/ d'intervention chirurgicale	Niveau de preuve clinique*
Lee AJ, Sheppard CE, Kent WD, Mewhort H, Sikdar KC, Fedak PW. Safety and efficacy of prophylactic negative pressure wound therapy following open saphenous vein harvest in cardiac surgery: a feasibility study. <i>Interact Cardiovasc Thorac Surg</i> . 2017 Mar 1;24(3):324-328.	Prélèvement d'une veine saphène ouverte lors d'une intervention cardiaque	1b ■
Atkins BZ, et al. Laser Doppler flowmetry assessment of peristernal perfusion after cardiac surgery: beneficial effect of negative pressure therapy. <i>International Wound Journal</i> . 2011 Feb;8(1):56-62.	Sternotomie	4 ■
Colli A. First Experience With a New Negative Pressure Incision Management System on Surgical Incisions After Cardiac Surgery in High Risk Patients. <i>Journal of Cardiothoracic Surgery</i> . 2011 Dec 6;6(1):160.	Sternotomie	2 ▲
Dohmen PM, et al. Can post-sternotomy mediastinitis be prevented by a closed incision management system? <i>GMS Hygiene and Infection Control</i> . 2014 Sep 30;9(3):Doc19.	Sternotomie	5 ▲
Dohmen PM, et al. Use of incisional negative pressure wound therapy on closed median sternal incisions after cardiothoracic surgery: clinical evidence and consensus recommendations. <i>Medical Science Monitor</i> . 2014 Oct 4;20:1814-25.	Sternotomie	5 ▲
Grauhan O, et al. Effect of surgical incision management on wound infections in a poststernotomy patient population. <i>International Wound Journal</i> . 2014 Jun;11 Suppl 1:6-9.	Sternotomie	2b ●
Grauhan O, et al. Prevention of poststernotomy wound infections in obese patients by negative pressure wound therapy. <i>Journal of Thoracic Cardiovascular Surgery</i> . 2013 May;145(5):1387-92.	Sternotomie	2b ●
Said SM, Daly RC. Healing High-Risk Sternotomy Incisions: Interrupted Suture Closure and Negative Pressure Wound Therapy. <i>Journal of Cardiac Surgery</i> . 2015 April;30(4):346-350.	Sternotomie	4 ■
Simon K, et al. [Use of Negative Pressure Wound Therapy on Surgical Incisions (Prevena™) after Surgery of Pectus Deformities Reduces Wound Complications.]. <i>Zentralblatt fur Chirurgie</i> . 2014 Mar 19. [German language]	Sternotomie	3 ▲
Atkins BZ, Tetterton JK, Petersen RP, et al. Does Negative Pressure Wound Therapy Have a Role in Preventing Poststernotomy Wound Complications? <i>Surgical Innovations</i> . 2009 Jun;16(2):140-6.	Sternotomie	4 ■
Reddy VS. Use of Closed Incision Management with Negative Pressure Therapy for Complex Cardiac Patients. <i>Cureus</i> . 2016 Feb 23;8(2):e506.	Sternotomie	4 ■
Santarpino G, Gazdag L, Sirch J, Vogt F, Ledwon M, Fischlein T, Pfeiffer S. A Retrospective Study to Evaluate Use of Negative Pressure Wound Therapy in Patients Undergoing Bilateral Internal Thoracic Artery Grafting. <i>Ostomy Wound Manage</i> . 2015 ec;61(12):26-30.	Transplantation artérielle thoracique	3 ■
Lee K, Murphy PB, Ingves MV, Duncan A, DeRose G, Dubois L, Forbes TL, Power A. Randomized clinical trial of negative pressure wound therapy for high-risk groin wounds in lower extremity revascularization. <i>Journal of Vascular Surgery</i> . 2017 Aug;66(6):1814-19.	Plaies inguinales	1b ■
Chopra K, Tadisina KK, Singh DP. The 'French Fry' VAC Technique: Hybridization of Traditional Open Wound NPWT with Closed Incision NPWT. <i>International Wound Journal</i> . 2016 Apr;13(2):216-9.	Lymphœdème massif localisé	5 ■
Matatov T, et al. Experience with a new negative pressure incision management system in prevention of groin wound infection in vascular surgery patients. <i>Journal of Vascular Surgery</i> . 2013 Mar;57(3):791-5.	Pontage vasculaire	3 ●
Weir G. The use of a surgical incision management system on vascular surgery incisions: a pilot study. <i>International Wound Journal</i> . 2014 Jun;11 Suppl 1:10-2.	Pontage vasculaire	2 ●
Haghshenas Kashani A, Varcoe RL. A New Negative Pressure Dressing (Prevena) to Prevent Wound Complications Following Lower Limb Distal Arterial Bypass. <i>British Journal of Diabetes and Vascular Disease</i> . 2011 Jan/Feb;11(1):21-4.	Pontage vasculaire	5 ▲
Pleger SP, Nink N, Elzien M, Kunold A, Koshty A, Böning A. Reduction of groin wound complications in vascular surgery patients using closed incision negative pressure therapy (ciNPT): a prospective, randomised, single-institution study. <i>International Wound Journal</i> . 2018 February;15(1):75-83. doi: 10.1111/iwj.12836.	Incisions inguinales	1b ■

● Disponible sur demande. Contactez votre représentant commercial Acelity local. ▲ Non destiné à la distribution. ■ Disponible via Acelity Medical Information : pubsmgt@acelity.com

*Évaluation du niveau de preuve clinique : Niveau 1 : données obtenues à partir d'au moins un essai contrôlé randomisé bien conçu. Niveau 1b : évaluations systématiques (avec homogénéité) des essais contrôlés randomisés. Niveau 2 : données obtenues à partir d'essais contrôlés bien conçus sans randomisation. Niveau 2b : étude de cohorte individuelle ou essais contrôlés randomisés de faible qualité (par ex., < 80 % de suivi). Niveau 3 : données obtenues à partir d'études de cohortes ou analytiques de cas-témoins bien conçues, provenant de préférence de plus d'un centre ou groupe de recherche. Niveau 4 : série de cas (et études de cohortes et de cas-témoins de mauvaise qualité). Niveau 5 : avis d'expert sans évaluation critique explicite ou fondée sur la physiologie, recherche en laboratoire ou « principes premiers ».

Références :

1. European Centre for Disease Prevention and Control Point prevalence survey of healthcare associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. (2011–2012). Disponible à l'adresse : <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/healthcare>.
2. Leaper DJ, van Goor H, Reilly J, et al. Surgical site infection - a European perspective of incidence and economic burden. *Int Wound J*. 2004;1(4):247-73.
3. Jenks, P.J. et al. Clinical and economic burden of surgical site infection (SSI) and predicted financial consequences of elimination of SSI from an English hospital. *Journal of Hospital Infection*, Volume 86 (2014), Issue 1, pg 24 - 33.
4. Cossin S, Malavaud S, Jarno P, Giard M, L'Hériteau F, Simon L, et al. Surgical site infection after valvular or coronary artery bypass surgery: 2008e2011 French SSI national ISO-RAISIN surveillance. *J Hosp Infect* 2015;91:225e30.
5. Graf K, Ott E, Vonberg RP, Kuehn C, Haverich A, Chaberny IF. Economic aspects of deep sternal wound infections. *Eur J Cardio-Thoracic Surg* 2010;37:893e6.
6. Graf K, Ott E, Vonberg RP, Kuehn C, Schilling T, Haverich A, Chaberny IF. Surgical site infections e economic consequences for the health care system [Review] *Langenbecks Archs Surg*. 2011;396:453e9.
7. Wilkes RP, Kilpadi DV, Zhao Y, et al. Closed Incision Management With Negative Pressure Wound Therapy (CIM): Biomechanics. *Surgical Innovation*. 2012;19(1):67-75.
8. Kilpadi DV, Cunningham MR. Evaluation of Closed Incision Management with Negative Pressure Wound Therapy (CIM): Hematoma/Seroma and Involvement of the Lymphatic System. *Wound Repair and Regeneration*. 2011;19:588-596.
9. Glaser DA, Farnsworth CL, Varley ES, et al. Negative pressure therapy for closed spine incisions: A pilot study. *Wounds*. 2012;24(11):308-316.
10. Grauhan O, Navasardyan A, Hofmann M, et al. Prevention of poststernotomy wound infections in obese patients by negative pressure wound therapy. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2013;145:1387-1392.
11. de Lissovoy G, Fraeman K, Hutchins V et al. Surgical site infection: Incidence and impact on hospital utilization and treatment costs. *Am J Infect Control* 2009;37(5):387-397..
12. Pleger SP, Nink N, Elzien M, Kunold A, Koshty A, Boning A. Reduction of groin wound complications in vascular surgery patients using closed incision negative pressure therapy (ciNPT): A prospective, randomised, single-institution study. *Int Wound J* 2017.
13. Reddy HV, Ujwala J, Swetha M, Ramya SB. Seroma: an interesting case report. *Int J Reproduction Contraception Obs Gynecol*. 2014; 3(1): 254-257.
14. Carlson MA. Acute wound failure. *Surg Clin Nor Am*. 1997; 77(3):607–36.
15. Son D, Harijan A. Overview of surgical scar prevention and management. *J Korean Med Sci* 2014; 29: 751-57.
16. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, et al. Guidelines for prevention of surgical site infection, 1999. *Inf Control Hosp Epidemiol*. 1999; 20(4): 247-78.
17. Culver DH, Horan TC, Gaynes RP, et al. Surgical wound infection rates by wound class, operative procedure, and patient risk index. *Am J Med* 1991; 91 (suppl 3B): 152-157.
18. Jones ME, Hardy CJ, Ridgway JM. Head and neck keloid management: a retrospective early review on a new approach using surgical excision, platelet rich plasma and in-office superficial photon X-ray radiation. *Edorium J Otolaryngol* 2015; 2: 14-19.
19. Kim HJ, Levin LF. The management of patients on dual antiplatelet therapy undergoing orthopaedic surgery. *HSSJ*. 2010; 6: 182-89.
20. Korol E, Johnston K, Waser N, et al. A systematic review of risk factors associated with surgical site infections among surgical patients. *PLOS One* 2013;8(12):e83743.
21. Tran TS, Jamulitrat S, Chonsuvivatwong V, Geater A. Risk factors for postcesarean surgical site infection. *Obs Gynecol*. 2000; 95(3): 367-71.
22. Inui T, Bandyk DF. Vascular surgical site infection: risk factors and preventive measures. *Semin Vasc Surg*. 2015; 28(3-4): 201-7.
23. Willy, C., Agarwal, A., Andersen, C. A., et al. (2017), Closed incision negative pressure therapy: international multidisciplinary consensus recommendations. *Int Wound J*, 14: 385–398. doi:10.1111/iwj.12612.
24. Stannard, J., Atkins, B., O'Malley, D., et al. (2009). Use of Negative Pressure Therapy on Closed Surgical Incisions: A Case Series. *Ostomy/wound management*. 55. 58-66.
25. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS) Consensus Document. Closed surgical incision management: understanding the role of NPWT. *Wounds International*, 2016.

Ressources de thérapie PREVENA™



Formation clinique en direct et assistance produit
(25 000 professionnels formés chaque année)



Assistance clinique et technique à la demande centralisée 24 h/24, 7 j/7

Renseignements pour les commandes

Article n°	Description	Unité de mesure
PRE1001	Kit système 20 cm PEEL & PLACE™ PREVENA™	À l'unité
PRE1055	Pansement 20 cm PEEL & PLACE™ PREVENA™	Boîte de 5
PRE1101	Kit système 13 cm PEEL & PLACE™ PREVENA™	À l'unité
PRE1155	Pansement 13 cm PEEL & PLACE™ PREVENA™	Boîte de 5
PRE4001	Kit système CUSTOMIZABLE™ PREVENA PLUS™	À l'unité
PRE4055	Pansement CUSTOMIZABLE™ PREVENA PLUS™	Boîte de 5
PRE1095	Réservoir 45 ml PREVENA™	Boîte de 5
PRE4095	Réservoir 150 ml PREVENA PLUS™	Boîte de 5
PRE9090	Raccord V.A.C.® pour thérapie PREVENA™	Boîte de 10

Remarque : les renseignements relatifs aux commandes sont exhaustifs. Confirmez la disponibilité des produits lors de l'impression.

Pour plus d'informations, contactez votre représentant KCI local.

REMARQUE : il existe des indications, contre-indications, avertissements, précautions et informations de sécurité propres à la thérapie PREVENA™.

Veillez consulter les instructions applicables du guide du clinicien du système PREVENA™ avant l'application.

Copyright 2019, KCI Licensing, Inc. Tous droits réservés. Sauf mention contraire, toutes les marques de commerce mentionnées aux présentes sont exclusives à KCI Licensing, Inc., à ses sociétés affiliées et/ou à ses concédants. PRA-PM-CA-00063 (01/19)

