



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

RICHIESTA DI POSIZIONAMENTO CATETERE VENOSO A MEDIO TERMINE (PICC, Midline)

Cognome	Nome
Nato il	Telefono
Residente a	Via
Domiciliato a	Via
MMG Richiedente	Telefono

MOTIVO DELLA RICHIESTA:

Terapia antibiotica endovenosa	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Specificare.....)
Terapia nutrizionale ev	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Specificare.....)
Terapia idratante endovenosa	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Specificare.....)
Altro:	
Durata prevista:	<input type="checkbox"/> meno di 15 giorni <input type="checkbox"/> sino a 3 mesi <input type="checkbox"/> tempo indeterminato

DATI ANAMNESTICI:

Patologie Cardiovascolari	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Specificare.....)
Patologie Polmonari	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Specificare.....)
Patologie Neurologiche	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Specificare.....)
Patologie Nefrourologiche	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Specificare.....)
Patologie Oncologiche	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Specificare.....)
Patologie Infettive	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Specificare.....)
Altro (specificare):	



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

ALLERGIE:

- | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anestetici locali (.....) | <input type="checkbox"/> Silicone | <input type="checkbox"/> Poliuretano |
| <input type="checkbox"/> Disinfettanti (.....) | <input type="checkbox"/> Altro | |

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ▪ Terapia antiaggregante in atto | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ▪ Terapia anticoagulante in atto: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ▪ Paziente portatore di pace maker: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ▪ Paziente portatore di CVC per emodialisi o Fistola artero-venosa: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ▪ Paziente con metastasi linfonodali toraciche note: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ▪ Paziente con anamnesi positiva per trombosi venosa profonda: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ▪ Paziente con necessità di eseguire mezzo di contrasto per esami radiologici: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ▪ Paziente in fibrillazione atriale: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

NOTE EVENTUALI:

SI RICHIEDE POSIZIONAMENTO DI:

- CATETERE VENOSO PERIFERICO TIPO **MIDLINE**
- CATETERE VENOSO CENTRALE TIPO **PICC**

Si ricorda di far compilare apposito modello (in allegato) per **CONSENSO INFORMATO**

Data ___ / ___ / ____

Il Medico Richiedente
Timbro e Firma