

RICHIESTA DI POSIZIONAMENTO CATETERE VENOSO

Cognome _____ Nome _____

Nato il ___ / ___ / ___ Reparto _____ Settore ___ Telefono _____

Medico richiedente _____ Telefono _____

Diagnosi _____

MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA

- Scarso patrimonio venoso Nutrizione Parenterale Terapia Idratante EV
 Chemioterapia Palliazione Intervento chirurgico Infusione MDC
 Terapia antibiotica (specificare) _____

DURATA PREVISTA DELLA TERAPIA

- meno di 15 giorni sino a 3 mesi tempo indeterminato

CVC / CVP RICHIESTO

- Mini-Midline POWERGLIDE MIDLINE PICC HOHN
 PORT GROSHONG altro CVC / CVP _____

FARMACI ASSUNTI

- ANTIAGGREGANTI ANTICOAGULANTI F.A.N.S.

DATI ANAMNESTICI

- Patologie Cardiovascolari Patologie Polmonari Patologie Neurologiche
 Patologie Nefrologiche Patologie Oncologiche Patologie Infettive
Specificare Patologia: _____

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

- Paziente portatore di pace maker Paziente in fibrillazione atriale
 Paziente portatore di CVC per emodialisi o fistola artero-venosa
 Paziente con anamnesi positiva per trombosi venosa profonda

Altro: _____

ALLERGIE: NON NOTE

- SI (specificare : _____).

Si ricorda di compilare e far firmare apposito modello per **CONSENSO INFORMATO E INFORMATIVA.**

- Si prescrive la somministrazione sottocutanea in sede di impianto di anestetico locale MEPIVACAINA 1% 2 ml.

Data ___ / ___ / _____

Il Medico richiedente

Timbro e Firma