

10.2.21 ALLEGATO 21

RICHIESTA DI POSIZIONAMENTO CATETERE VENOSO A INSERIMENTO PERIFERICO

Cognome _____ Nome _____

Nato il _____ Reparto _____

Medico richiedente _____ Telefono _____

MOTIVO DELLA RICHIESTA

Terapia antibiotica endovenosa	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Specificare.....)
Terapia nutrizionale endovenosa	<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):	

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 Power Glide
- Catetere Venoso Periferico Tipo Mini Midline
- Catetere Venoso Periferico Tipo Midline Monolume
- Catetere Venoso Periferico Tipo Midline Bilume
- Catetere Venoso Centrale Tipo PICC

Si ricorda di compilare apposito modello per CONSENSO INFORMATO

- Si prescrive la somministrazione sottocutanea in sede di impianto di Mepivacaina 1% 2 ml.

Data ___/___/___

Il Medico richiedente
Timbro e Firma