

ACCESS TEAM dedicato per l'inserimento e la gestione degli accessi venosi centrali  
 Email: [accessteam@ausl.latina.it](mailto:accessteam@ausl.latina.it) – tel.

**SCHEDA DI RICHIESTA IMPIANTO CATETERE VASCOLARE**

Posizionamento	Sostituzione	Rimozione Chirurgica
----------------	--------------	----------------------

Ospedale di \_\_\_\_\_ UOC \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**Codice fiscale:**

- E' ricoverato presso la U.O. \_\_\_\_\_  
 Proveniente dal Territorio \_\_\_\_\_

Il paziente risulta:

- Autosufficiente  Non autosufficiente  Mobilità arti superiori

<p><b>Accesso Venoso</b></p> <p><input type="checkbox"/> CICC  <input type="checkbox"/> FICC  <input type="checkbox"/> PICC  <input type="checkbox"/> PICC-PORT  <input type="checkbox"/> FICC-PORT  <input type="checkbox"/> MIDLINE  <input type="checkbox"/> CANNULA LUNGA  <input type="checkbox"/> _____</p> <p><b>ALLERGIE:</b></p> <p>Anestetici Locali:          _____          Silicone <b>SI</b> <b>NO</b>          Poliuretano <b>SI</b> <b>NO</b>          Disinfettante          _____</p>	<p><b>UTILIZZO PREVISTO</b>  <u>Barrare più caselle se previste</u></p> <p><input type="checkbox"/> Chemioterapia (mesi _____)  <input type="checkbox"/> Intervento chirurgico  <input type="checkbox"/> NPT – Idratazione – Terapia EV  <input type="checkbox"/> Terapia antalgica  <input type="checkbox"/> Terapia antibiotica  <input type="checkbox"/> Cure palliative</p> <p><b>Indicare se necessita di diagnostica con M.D.C.</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b></p>	<p><b>DATI ANAMNESTICI:</b></p> <p><b>Patologie Cardiovascolari</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>          Specificare _____</p> <p><b>Patologie Polmonari</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>          Specificare _____</p> <p><b>Patologie Neurologiche</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>          Specificare _____</p> <p><b>Patologie Nefrourologiche</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>          Specificare _____</p> <p><b>Patologie Oncologiche</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>          Specificare _____</p> <p><b>Patologie Infettive</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>          Specificare _____</p> <p><b>Altro specificare:</b> _____</p> <p><b>INFORMAZIONI AGGIUNTIVE:</b></p> <p>Terapia antiaggregante in atto <span style="float: right;">SI</span>          Terapia anticoagulante in atto <span style="float: right;">SI</span>          Paziente portatore di pace maker <span style="float: right;">SI</span>          Paziente portatore di CVC per emodialisi o FAV <span style="float: right;">SI</span>          Paziente con metastasi linfonodali toraciche note <span style="float: right;">SI</span>          Paziente con anamnesi positiva per TVP <span style="float: right;">SI</span>          Paziente in fibrillazione atriale <span style="float: right;">SI</span>          Paziente presenta stato febbrile <span style="float: right;">SI</span></p>
---	--	--

**ESAMI EMATOCHIMICI (DATA \_\_\_\_\_)**

**Emocromo:** GR \_\_\_\_\_ GB \_\_\_\_\_ PTL \_\_\_\_\_

**Coagulazione:** PT \_\_\_\_\_ PTT \_\_\_\_\_

INR \_\_\_\_\_ Fibrinogeno \_\_\_\_\_

**Si ricorda di far compilare apposito modello (allegato1) per CONSENSO INFORMATO**

DATA \_\_\_\_\_

Firma e Timbro Medico Richiedente