

DATA ____/____/____

Reparto _____ Timbro _____ codice U.O. |__|__|__|__|
 Edif _____ piano _____ tel _____ fax _____ Medico Richiedente _____

DATI ANAGRAFICI
 F M - Nome _____ Cognome _____ Nato/a il _____
 a _____ Residente a _____

MOTIVO DEL POSIZIONAMENTO : (indicare tutti i pertinenti)
 Scarsità del patrimonio venoso periferico
 pH<4.1 o pH>9 o Osmolarità > 900 mOsm/L o Farmaci Vescicanti
 NPT
 Aferesi / Emodialisi
 Infusioni frequenti o protratte per gg o settimane

DURATA	<input type="checkbox"/> <7 gg	<input type="checkbox"/> <30 gg	<input type="checkbox"/> <4 mesi	<input type="checkbox"/> tra 4 mesi e 1 anno	<input type="checkbox"/> >1 anno
TIPO TERAPIA	<input type="checkbox"/> Chemioterapica	<input type="checkbox"/> Antibiotica	<input type="checkbox"/> Idratazione/Tp di supporto	<input type="checkbox"/> Elettrolitica	
	<input type="checkbox"/> Altro _____				
UTILIZZO	<input type="checkbox"/> Ospedaliero		<input type="checkbox"/> RSA/Hospice	<input type="checkbox"/> Domiciliare	

DIAGNOSI _____ **ALLERGIE** _____

DATI ANAMNESTICI RILEVANTI	ESAMI DI LABORATORIO	Data ____/____/____
<input type="checkbox"/> Trombosi asse ascellare-succlavio		
<input type="checkbox"/> Pregresso svuotamento ascellare (<input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX)		
<input type="checkbox"/> Pace Maker / ICD	WBC _____	PT _____ <input type="checkbox"/> HCV+
<input type="checkbox"/> Fibrillazione Atriale	HB _____	INR _____ <input type="checkbox"/> HBV+
<input type="checkbox"/> Emiparesi (<input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX)	PLT _____	PTT _____ <input type="checkbox"/> HIV+
<input type="checkbox"/> Fistola AV presente o probabile in futuro		
<input type="checkbox"/> Sepsi o positività dell'emocoltura		
<input type="checkbox"/> Paziente non mobilizzabile		
<input type="checkbox"/> Altro _____		

ANTICOAGULANTI/ANTIAGGREGANTI

A cura della UO che effettua la prestazione:
 U.O. erogante _____ codice u.o. |__|__|__|__| data ____/____/____
 Tipo prestazione: medica infermieristica
 prestazione _____
 nome e cognome _____ firma _____
 Timbro U.O