



Modulo richiesta accesso vascolare venoso

Procedura Aziendale P118 AUSLBO

Allegato 1

DATA _____ MEDICO RICHIEDENTE _____

SETTING DI CURA: ☐ Ospedale, Reparto _____
☐ Struttura sanitaria o Socio-Sanitaria _____
☐ CRA _____
☐ Domicilio _____

APPLICARE
NOSOGRAFICO

TELEFONO DI REPARTO/STRUTTURA _____

PAZIENTE Cognome _____ Nome _____ Data di nascita ____ / ____ / ____

DIAGNOSI _____

È stata valutata la possibilità di somministrazione nutrizione enterale spontanea o con SNG?

☐ SI ☐ NO Se NO, specificare motivo richiesta AV: _____

MOTIVO DELLA RICHIESTA:

☐ Infusione Farmaci ☐ Nutrizione Parenterale (Allegare consulenza del Nutrizionista)
☐ Monitoraggio Emodinamico ☐ Altro _____

DURATA PREVISTA DELLA TERAPIA ENDOVENOSA: ☐ < 7gg ☐ 7-28g ☐ > 28gg

ESAMI EMATICI RECENTI (Emocromo, assetto coagulativo, eGFR) Data / / (allegare sempre)

INDICARE TERAPIA ENDOVENOSA DA INFONDERE:

1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____

ACCESSO VENOSO RICHIESTO

☐ MIDLINE ☐ PICC ☐ CVC ☐ PORT ☐ ALTRO (Specificare) _____

DATI ANAMNESTICI (barrare le voci presenti)

Plegia/paresi arti	☐ AASS ☐ AAIL
Necessità di sedazione	☐
Anamnesi positiva per allergia	☐ Specificare _____
Fibrillazione atriale	☐
Coagulopatia	☐
Infezione catetere relata sospetta o accertata	☐ Emocolture ☐ SI ☐ NO
Pregressi episodi di flebite o tromboflebite	☐
Presenza di pacemaker	☐
Intervento chirurgico alla mammella e/o al cavo ascellare	☐ Effettuato ☐ In programma
Terapia antiaggregante/anticoagulante	☐ Specificare _____
Insufficienza renale	☐ Specificare eGFR _____
Trattamento dialitico in corso o previsto	☐
Presenza fistola artero-venosa	☐
Presenza di catetere tunnellizzato per dialisi	☐
Infezione da germi multiresistenti in corso	☐

È stata esclusa la presenza di note allergie o chiare controindicazioni all'utilizzo di anestetici locali?

☐ SI ☐ NO

In assenza di controindicazioni, in caso di bisogno legato alla procedura, si autorizza l'operatore sanitario identificato per l'impianto di accesso vascolare a somministrare Lidocaina 2% 1-2 cc sottocute

Dr. CIMINI ROMOLO

C.F. CMINRM156H09D802N

convenzionato SSN-Az. USL di Bologna

Medico di Medicina Generale

e-mail: r.cimini@biomusica.it - tel. 339 6611001

Firma e timbro del Medico richiedente

Romolo Cimini