



Alla c.a. UOC Anestesia e Rianimazione

## RICHIESTA DI POSIZIONAMENTO DI ACCESSO VASCOLARE

Paziente – Nome ..... Cognome .....

U.O.C. .... n TEL.....

Letto n. ....

**Indicazione:**

- Terapia oncologica
- Cure Palliative
- Lungodegenza
- Nutrizione artificiale
- Terapie infusionali non nutrizionali
- Terapia intensiva

**Accesso vascolare richiesto:**

- CVC
- PORT-A-Cath
- PICC
- Midline

Note: Paziente non collaborante;

Paziente portatore di Pace-maker;

Paziente in terapia anticoagulante; attuale dati laboratorio (coagulazione):

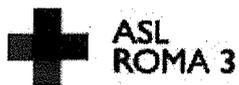
INR \_\_\_\_\_; aPTTr \_\_\_\_\_; PLT \_\_\_\_\_; (fibrinogeno: \_\_\_\_\_).

Altro.....

Data,

Infermiere di riferimento

Medico richiedente



Firma del medico.....

SEZIONI DA COMPILARE E FIRMARE SOLO NEI **CASI PARTICOLARI** (INDICATI)

**PAZIENTE INTERDETTO** O SOTTOPOSTO AD AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

NOME E FIRMA DEL TUTORE

DATA

FIRMA

**PAZIENTE CON IMPEDIMENTO MATERIALE** ALLA FIRMA

NOME E FIRMA DEL TESTIMONE 1

DOCUMENTO IDENTITA'

DATA

FIRMA

NOME E FIRMA DEL TESTIMONE 2

DOCUMENTO IDENTITA'

DATA

FIRMA