



# RICHIESTA DI POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO A MEDIO TERMINE

c  
Rev. 2  
Data 23/03/2016  
Pagina di 1/2

Nato il \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_

Medico Richiedente \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_



## MOTIVO DELLA RICHIESTA

<b>Terapia antibiotica EV</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si specificare.....
<b>Terapia Nutrizionale EV</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si specificare.....
<b>Terapia Idratante EV</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si specificare.....
<b>Altro:</b> .....	
<b>Durata prevista:</b> <input type="checkbox"/> meno di 15 giorni <input type="checkbox"/> sino a 3 mesi <input type="checkbox"/> tempo indeterminato	

## DATI ANAMNESTICI

<b>Patologie cardiovascolari</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si specificare.....
<b>Patologie neurologiche</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si specificare.....
<b>Patologie polmonari</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si specificare.....
<b>Patologie nefrourologiche</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si specificare.....
<b>Patologie oncologiche</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si specificare.....
<b>Patologie Infettive</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si specificare.....
<b>Allergie</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si specificare.....
<b>Terapia antiaggregante o anticoagulante in atto</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si PT..... PTT..... Hb..... Plt.....
<b>Portatore di pace maker</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

Il Medico Richiedente

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>A CURA DELL'OPERATORE</b>	<input type="checkbox"/> <b>PICC</b>	<input type="checkbox"/> <b>MIDLINE</b>
<b>Accesso:</b> <input type="checkbox"/> v. basilica dx sx <input type="checkbox"/> v. brachiale dx sx <input type="checkbox"/> v. cefalica dx sx		
<input type="checkbox"/> altro.....		
<b>Controllo Rx torace:</b> <input type="checkbox"/> eseguito <input type="checkbox"/> da eseguire	<b>Complicanze:</b> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
<b>Tipo</b> .....	Lume.....	Lotto..... M.....
<b>Note</b> .....		
Data.....	ora.....	Firma.....



**RICHIESTA DI POSIZIONAMENTO DI  
CATETERE VENOSO A MEDIO TERMINE**

Cod. MOD 33 PS 05/DS  
Rev. 2  
Data 23/03/2016  
Pagina di 2/2

Gent. Sig./ra ..... In relazione al suo stato di salute le proponiamo la procedura di  
**INCANNULAMENTO VENOSO CENTRALE CON ACCESSO PERIFERICO (PICC)**

Il posizionamento di un PICC si effettua mediante un piccolo intervento eseguito da un Operatore Sanitario (Medico o Infermiere) in Anestesia Locale, sotto guida ecografica e con minimo disagio del Paziente, consente l'infusione di farmaci direttamente in una grossa vena del torace, a scopo di nutrizione, idratazione e somministrazione di farmaci e terapie.

*L'unica preparazione è il digiuno dal pasto precedente il posizionamento (no colazione se al mattino, no pranzo se al pomeriggio)*

La permanenza del catetere è generalmente superiore a quella degli ago-cannula periferici e permette anche un monitoraggio emodinamico (Pressione Venosa Centrale).

Consente infine l'effettuazione di eventuali prelievi ematici, evitando punture delle vene periferiche.

Tale procedura, solitamente rapida e sicura, è gravata da rare complicanze; le più frequenti sono rappresentate da tromboflebiti conseguenti alla manipolazione del vaso.

Altre complicazioni sono pure possibili ma estremamente rare, con incidenza –nelle nostre casistiche- trascurabili. Al fine di evitare infezioni serie, la procedura viene effettuata in completa sterilità; così pure tutte le manipolazioni del PICC rispetteranno i più stretti criteri di pulizia, attenzione e cura, per evitare il verificarsi di contaminazioni batteriche, decubiti, flebiti, tromboflebiti, occlusione del catetere, spostamento e rimozione accidentale dello stesso, ingresso aereo con possibile embolia gassosa.

Al termine della procedura l'effettuazione di una Radiografia del torace consentirà all'Operatore di verificare il corretto posizionamento del catetere.

Ciò premesso,

Io sottoscritto..... in qualità di:

- Diretto interessato alla procedura
- Tutore di .....
- Esercente la potestà sul minore .....

- Dichiaro** di essere stata/o invitata/o a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi a voce.
- Dichiaro** altresì di aver ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto dal

Dottor ..... di non avere bisogno di ulteriori chiarimenti e quindi consapevolmente

**Accenso**                       **Non Accenso**

a sottopormi al trattamento che verrà eseguito dall'Equipe di questa Unità Operativa secondo le modalità espostemi;

**Data** .... / .... / .....                      **Firma del paziente** .....

Confermo di aver spiegato la natura e gli scopi della procedura da eseguire

**Data** .... / .... / .....                      **Firma del medico proponente** .....