

	<p style="text-align: center;">AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA</p> <p style="text-align: center;"><b>U.O.C HOSPICE E CURE PALLIATIVE</b> Via Renato Paolini n. 47 – 65124 Pescara Tel. 085 4252343/2395/2736 T.A.M.A 085-4252698</p> <p style="text-align: center;"><b>Direttore Dott.ssa Donatella Bosco</b> email <a href="mailto:hospice.bouganville@asl.pe.it">hospice.bouganville@asl.pe.it</a>- <a href="mailto:tama@asl.pe.it">tama@asl.pe.it</a></p>	 <p style="text-align: center;"><b>Hospice Bouganville</b></p> 
---	--	---

**MODULO RICHIESTA ACCESSO VASCOLARE (PICC/MIDLINE)**

POSIZIONAMENTO     REVISIONE     RIMOZIONE    ALTRO \_\_\_\_\_

**Distretto / U. O.** \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Medico / Infermiere Richiedente \_\_\_\_\_

**DATI PAZIENTE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Telefono paziente / Caregiver \_\_\_\_\_ Familiare di riferimento \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

Paziente trasportabile con i comuni mezzi SI / NO con ambulanza SI / No

Paziente non trasportabile Motivo \_\_\_\_\_

**Dati clinici rilevanti:**

Terapia anticoagulante / antiaggregante \_\_\_\_\_

I pazienti in terapia anticoagulante/antiaggregante devono essere in possesso di recenti esami ematochimici dell'assetto coagulativo.

Data esame \_\_\_\_\_ Emocromo (piastrine) \_\_\_\_\_ PT \_\_\_\_\_ PTT \_\_\_\_\_ INR \_\_\_\_\_ altro \_\_\_\_\_

**Patologie**

Polmonari/mediastiniche \_\_\_\_\_

Patologia vascolare periferica arteriosa o venosa \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

**Motivo richiesta:**

NPT \_\_\_\_\_

Trasfusioni ematiche \_\_\_\_\_

Terapie farmacologiche \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

Durata presunta del trattamento:    < 4 settimane    > 4 settimane

Allergie:    Anestetici: \_\_\_\_\_ locali \_\_\_\_\_ Disinfettanti \_\_\_\_\_

Silicone \_\_\_\_\_ Poliuretano \_\_\_\_\_ Altro \_\_\_\_\_

DATA, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

