

	<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;">Direttore Dott.ssa Donatella Bosco  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,FICC sup)**  
**N.B. Allegare relativa impegnativa Medica con richiesta di prestazione Cod. 38.97 o ZAN 28**

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 :**  compilare dichiarazione pag. 2

**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 / Karnofsky \_\_\_\_\_

**N.B. se punteggio Karnofsky  $\leq$  30% si procederà al posizionamento del dispositivo medico dopo valutazione del medico della U.O.C. Hospice e Cure Palliative.**

**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

	<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> 
---	--	---

**Karnofsky Index 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%**

<input type="checkbox"/> K 100% : Paziente in salute senza segni né sintomi
<input type="checkbox"/> K 90% : Paziente con segni minori
<input type="checkbox"/> K 80% : Paziente che svolge attività normale con fatica
<input type="checkbox"/> K 70% : Paziente incapace di lavorare, può badare a se stesso
<input type="checkbox"/> K 60% : Paziente incapace di lavorare, richiede assistenza occasionale
<input type="checkbox"/> K 50% : Paziente che richiede frequenti cure mediche e spesso assistenza
<input type="checkbox"/> K 40% : Paziente inabile, richiede cure continue almeno per più del 50% del giorno
<input type="checkbox"/> K 30% : Paziente con indicazione a ricovero ospedaliero o supporto domiciliare intenso
<input type="checkbox"/> K 20% : Paziente sempre ricoverato; necessità di supporto
<input type="checkbox"/> K 10% : paziente moribondo

**CERTIFICATO DI INTRASPORTABILITA'**

Il/La Sottoscritto/a dott.....,

certifica che il/ la Sig.....

affetto/a da.....

.....  
presenta condizioni cliniche che lo/la rendono attualmente intrasportabile in quanto il  
trasferimento comporterebbe un concreto pericolo di ulteriore danno alla sua salute con  
rischio di.....

Data .....

.....  
timbro e firma del medico