

DEMANDE DE POSE D'ACCES VASCULAIRES

Date de la demande :	Hôpital demandeur :
Délai de pose :	Service demandeur :
	Tel service / médecin :
Identité patient Etiquette	<u>Patient en isolement</u> : Contact / Gouttelettes / Air / Contact + / Exceptionnel

Tel patient :

Renseignements cliniques et produits injectables nécessitant l'abord vasculaire :

.....

.....

.....

INDICATIONS	ANTECEDENTS REMARQUABLES
Durée du traitement :	<b>Anticoagulant en cours ?</b> (PICC et MID OK) <i>ELIQUIS / PRADAXA / XARELTO / COUMADINE / PREVICAN</i>
Antibiothérapie IV de plus de 5 jours ?	<b>Dernier résultat LABO</b> (Date) <i>Plaquettes :</i> <i>TP / TCA :</i>
Chimiothérapie ? (si oui, nombre de cures)	<b>Antiagrégant en cours ?</b> (PICC et MID OK) <i>KARDEGIC / PLAVIX / AUTRES</i>
Alimentation parentérale ?	Pace Maker ou Défibrillateur ( <i>coté</i> ) ?
Accès veineux difficile ?	Antécédents de pose d'un accès vasculaire central ?
Autres :	Aplasie en cours, moins de 30 jours ?
	Chirurgie ou radiothérapie cervicale ?
	Thrombopénie ?
	Bactériémie ?
<ul style="list-style-type: none"> <li>MIDLINE</li> <li>PICCLINE Jugulaire / Brachiale / Fémorale</li> <li>CIP Thoracique / Brachiale / Fémorale</li> <li>CIP Intrathécale</li> <li>CIP Péritonéale ET Pleurale</li> <li>NUTRICATH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ablation MIDLINE</li> <li>Ablation PICCLINE Jugulaire / Brachiale / Fémorale</li> <li>Ablation CIP Thoracique / Brachiale / Fémorale</li> <li>Ablation CIP Intrathécale</li> <li>Ablation CIP Péritoneale ET Pleurale</li> <li>Ablation NUTRICATH</li> </ul>

Accès vasculaire posés sous échographie par l'UAV du Mousseau

Pour joindre l'équipe d'accès vasculaire par Mail : [evry\\_anesthesie@ramsaygds.fr](mailto:evry_anesthesie@ramsaygds.fr)

Numéro d'urgence 24h/24h : 0662895401

