



Service d'Anesthésie

Demande de pose d'accès vasculaire (PICC®Line, MID®line)

Nom : Prénom : Sexe : F ☐ M ☐ Né(e) le : Poids : Taille : ☐ Hôpital Evreux ☐ Hôpital Vernon ☐ Autre établissement (précisez):	Date de la demande : Service demandeur : Téléphone du service : Médecin demandeur : Téléphone : Autre prestataire (précisez) :
Statut le jour de la pose: ☐ Chirurgie Ambulatoire, ☐ Médecine Ambulatoire, ☐ Autre (précisez) : Téléphone :	Degré de l'urgence : ☐ Urgent (inférieur à 48H) ☐ différé sous 7j ☐ Autres :
Indication de la pose de l'accès vasculaire : Durée prévue du traitement : ☐ Chimiothérapie, ☐ Nutrition parentérale ☐ Antibiothérapie: ☐ Drogues inotropes ☐ Capital veineux défectueux ☐ Prélèvements sanguins répétés ☐ Autres (précisez) :	Eléments cliniques à renseigner : Allergie(s) : Insuffisance rénale : ☐ oui ☐ non ☐ Présence d'une fistule artérioveineuse côté D ☐ coté G ☐ ☐ Curage axillaire ou irradiation axillaire côté D ☐ côté G ☐ ☐ Pace Maker, défibrillateur côté D ☐ côté G ☐ ☐ Patient infecté (BMR, BK) ☐ Patient sous anticoagulant (Préviscan®, Coumadine®, Sintrom®) ☐ Patient sous bi-agrégation plaquettaire (Kardégic®+Plavix®, Duoplavin®)
<i>Cadre réservé au service destinataire</i> ☐ PICC® line : ☐ 1voie ☐ 2voies ☐ MID® line Date du rendez-vous :	
Validé par :	