POLE MEDECINE D'URGENCE **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®)

Cadre réservé au service destinataire

☐ PICC® line : ☐ 1voie ☐ 2voies

☐ MID®line

Date du rendez-vous : **Validé par :**