
 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1 Presidio Ospedaliero</p>	<p align="center">COMMISSIONE CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA CC-ICA</p> <p align="center">Scheda Posizionamento e Rimozione Accessi Vascolari</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>ALLEGATO. 3 A PRO CC-ICA n. 1 Rev I</p>
---	---	---

REPARTO/STRUTTURA: _____



DATI PAZIENTE	
Cognome:	Nome:
Data di nascita: / / Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Telefono:
Nosologico:	Allergie: <input type="checkbox"/> Iodopovidone <input type="checkbox"/> Clorexidina <input type="checkbox"/> Non segnalate
Consenso informato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Impianto eseguito in: <input type="checkbox"/> Elezione <input type="checkbox"/> Emergenza/Urgenza

SCELTA DEL DEVICE DA POSIZIONARE	ETICHETTA DEL DEVICE (codice identificativo)
<input type="checkbox"/> CICC cm _____ Fr. _____ n°lumi _____	
<input type="checkbox"/> FICC cm _____ Fr. _____ n°lumi _____	
<input type="checkbox"/> PICC cm _____ Fr. _____ n°lumi _____	
<input type="checkbox"/> MINI MIDLINE cm _____ Fr. _____ n°lumi _____	
<input type="checkbox"/> MIDLINE cm _____ Fr. _____ n°lumi _____	
<input type="checkbox"/> PORT-A-CATH	
<input type="checkbox"/> ALTRO (Specificare)	
<input type="checkbox"/> Tunnellizzato Power Injector: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Catetere: <input type="checkbox"/> A Punta Aperta <input type="checkbox"/> A Punta Chiusa <input type="checkbox"/> Con Valvola
Materiale: <input type="checkbox"/> Silicone <input type="checkbox"/> Poliuretano <input type="checkbox"/> Altro: _____	

SITO DI INSERZIONE							
<input type="checkbox"/> Vena Giugulare Interna <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sin	<input type="checkbox"/> Vena Succlavia <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sin	<input type="checkbox"/> Vena Ascellare <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sin	<input type="checkbox"/> Vena Femorale <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sin	<input type="checkbox"/> Vena Basilica <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sin	<input type="checkbox"/> Vena Brachiale <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sin	<input type="checkbox"/> Vena Cefalica <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sin	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)

BUNDLE DI IMPIANTO - <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Rif.= Procedura aziendale per la prevenzione e controllo delle complicanze infettive correlate agli accessi vascolari
<ol style="list-style-type: none"> 1. Igiene delle mani. 2. Massime precauzioni di barriera all'impianto per l'operatore. 3. Antisepsi cutanea con soluzioni alcoliche a base di clorexidina 2%. 4. Scelta appropriata del sito di venipuntura. 5. Impianto ecoguidato. 6. Impiego di suturless device per il fissaggio del catetere ovunque possibile. 7. Utilizzo di medicazioni semipermeabili trasparenti, ove possibili.

POSIZIONAMENTO DEVICE
Numero di venipunture: _____ Tecnica Di Venipuntura: <input type="checkbox"/> Out of plane <input type="checkbox"/> In plane
Verifica posizionamento tramite: <input type="checkbox"/> ECG Intracavitario <input type="checkbox"/> Fluoroscopia <input type="checkbox"/> ECO TT/TE <input type="checkbox"/> Rx Torace
N.B. Allegare la eventuale documentazione nello spazio dedicato nel retro di questo foglio.
Lunghezza totale del catetere inserito cm _____ tratto esterno cm _____
Tipologia anestetico utilizzato: _____

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1 Presidio Ospedaliero</p>	<p align="center">COMMISSIONE CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA CC-ICA</p> <p align="center">Scheda Posizionamento e Rimozione Accessi Vascolari</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>ALLEGATO. 3 A PRO CC-ICA n. 1 Rev I</p>
--	---	---

COMPLICANZE IMMEDIATE DURANTE IL POSIZIONAMENTO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
Se SI: <input type="checkbox"/> Sanguinamento <input type="checkbox"/> Puntura Arteriosa <input type="checkbox"/> Puntura nervosa <input type="checkbox"/> Pneumotorace <input type="checkbox"/> Aritmia <input type="checkbox"/> Malposizionamento e riposizionamento <input type="checkbox"/> Posizionamento Sospeso	
Note: _____ _____ _____	

TIPOLOGIA DI MEDICAZIONE APPLICATA	
<input type="checkbox"/> Poliuretano + Feltrino protettivo a lento rilascio di Clorexidina <input type="checkbox"/> Poliuretano <input type="checkbox"/> Garza e cerotto	

Spazio dedicato per allegare documentazione del posizionamento del device (ad es. strisciata ECG Intracavitario, ecc.)
<div style="height: 385px;"></div>

Data Posizionamento: / /	Eseguito da: <input type="checkbox"/> Infermiere/a <input type="checkbox"/> Medico
FIRMA di chi posiziona:	

RIMOZIONE DEVICE	
Motivo rimozione:	<input type="checkbox"/> Fine trattamento <input type="checkbox"/> Dislocazione <input type="checkbox"/> Occlusione <input type="checkbox"/> Malfunzionamento <input type="checkbox"/> Flebite <input type="checkbox"/> Trombosi <input type="checkbox"/> Sospetta infezione <input type="checkbox"/> Infezione locale <input type="checkbox"/> Infezione sistemica <input type="checkbox"/> Rottura Device <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____
Esame colturale:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Punta catetere <input type="checkbox"/> Emocoltura vena periferica <input type="checkbox"/> Emocoltura da catetere
Data Rimozione: / /	
FIRMA di chi rimuove:	