AARC
Association d'Anesthésie-Réanimation de Colmar

SERVICE D'ANESTHÉSIOLOGIE · ALBERT SCHWEITZER

Demande de pose de PICC line

Formulaire à compléter et transmettre par mail, avec le compte rendu médical récent

Médecin demandeur _____ **Téléphone** _____

1 Patient

Nom et prénom _____

Date de naissance _____ **Sexe** ☐ Femme ☐ Homme **Téléphone** _____

2 Indication

Pathologie actuelle du patient _____

Indication(s) _____ **Durée prévisible** _____

Si chimiothérapie, date prochain traitement _____

3 Évaluation clinique

Chirurgie / curage axillaire	☐ NON	☐ OUI → *Côté*	_____
Thrombose veineuse récente	☐ NON	☐ OUI → *Précisions*	_____
Infection locale / sepsis	☐ NON	☐ OUI → *Précisions*	_____
Dispositif cardiaque (pacemaker, défibrillateur)	☐ NON	☐ OUI	
Allergie(s) (bétadine, latex, ...)	☐ NON	☐ OUI → *Précisions*	_____

4 Délai de demande

☐ **URGENT < 7 jours** ☐ **PROGRAMMÉE** → **Date souhaitée** _____

Côté demandé ☐ **DROIT** ☐ **GAUCHE**

5 Informations complémentaires

ex : indisponibilité patient ? traitement anticoagulant ? contexte particulier ?

_____

Merci de transmettre ce PDF à **secretariat.anesthesie@diaconat-mulhouse.fr**

ENVOYER PAR MAIL EFFACER

6 Validation — Service d'anesthésiologie Albert Schweitzer

Réservé au service

Validé par Dr _____ ☐ Transmis au bloc / ambulatoire

Date prévue _____