

Demande médicale de pose de Midline en interne

(formulaire sur HM ou envoi par mail : uav@ch-agen-nerac.fr)

Date de demande : __/__/____

Service demandeur : _____

Médecin demandeur : Dr _____

Tel : _____

Etiquette Patient :

ou Nom de naissance : _____

Nom marital : _____

Prénom : _____

Date de naissance : __/__/____

Sexe : O F O M O Autre : _____

Demande de pose de Midline pour : (cocher le ou les motifs)

- Abord veineux \geq 7 jours Prélèvements veineux multiples
 Epargne du capital vasculaire Capital veineux précaire
 Antibiothérapie IV Autre : préciser : _____

Autonomie du patient : en lit au fauteuil/cannes marche autonome

Patient sous oxygénothérapie : Oui Non

Diagnostic de la Maladie : _____

Consentement patient : Oral et Ecrit Note d'information donnée

Comorbidités significatives :

- Troubles du comportement : _____ Allergie(s) : _____
 Curage ganglionnaire axillaire (préciser le côté) : _____
 Statut contagieux particulier et isolement (préciser (BHR, BMR, SARM...) (Air, Contact...)) : _____
 Traitements en cours (anticoagulant, antiagrégant, antibiotiques...): _____

Présence d'une FAV : si oui côté : bras droit bras gauche

Analyse de la demande : Date __/__/____

Par : Nom : _____ Fonction : _____ **Validation** : Oui Non

Si non, raison : _____

Date prévisionnelles de réalisation : __/__/____ 9h/13h 13h/16h30 Lieu : _____

Demande médicale de pose de Midline (patient à domicile)

(envoi par mail : uav@ch-agen-nerac.fr)

Date de demande : __/__/____

Médecin demandeur : Dr _____

Tel : __/__/__/__/__

Signature et N° RPPS :

Identité patient (* Obligatoire):

Nom de naissance*/ marital : _____ / _____

Prénom* : _____

Date de naissance* : __/__/____

Sexe* : F M Autre : _____

Tel* : __/__/__/__/__

e-mail : _____@_____

Demande de pose de Midline pour : (motif(s))

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Abord veineux \geq 7 jours | <input type="radio"/> Prélèvements veineux multiples |
| <input type="radio"/> Epargne du capital vasculaire | <input type="radio"/> Capital veineux précaire |
| <input type="radio"/> Antibiothérapie IV | <input type="radio"/> Autre : préciser : _____ |

Autonomie du patient : en lit au fauteuil/cannes marche autonome

Patient sous oxygénothérapie : Oui Non

Diagnostique de la Maladie : _____

Consentement patient : Oral et Ecrit Note d'information donnée

Comorbidités significatives :

- Troubles du comportement : _____ Allergie(s) : _____
- Curage ganglionnaire axillaire (préciser le côté) : _____
- Statut contagieux particulier et isolement (préciser (BHR, BMR, SARM...) (Air, Contact...)) : _____
- Traitements en cours (anticoagulant, antiagrégant, antibiotiques...): _____

Présence d'une FAV : si oui côté : bras droit bras gauche

Analyse de la demande : Date __/__/____

Par : Nom : _____ Fonction : _____ **Validation** : Oui Non

Si non, raison : _____

Date prévisionnelle de réalisation : __/__/____ créneau 9h/13h 13h/16h30