

Richiesta DAV

(da inviare alla mail accessivascolarivillafranca@aulss9.veneto.it)

Si richiede ☐ posizionamento ☐ sostituzione ☐ rimozione chirurgica **di DAV**
☐ periferico ☐ centrale ☐ tunnellizzato (per ☐ dialisi; ☐ terapia) ☐ totalmente impiantato (Port)

Attenzione!!! SE IL PAZIENTE NON E' RICOVERATO ALLEGARE IMPEGNATIVA

MEDICO RICHIEDENTE (nome cognome) _____

UO/STRUTTURA _____ tel. _____

data richiesta ____/____/____ Firma _____



DIAGNOSI _____

MODALITA' UTILIZZO

☐ URGENTE ☐ intermittente ☐ continuo
☐ prelievi ☐ dialisi ☐ chemioterapia

TPN o FARMACI FLEBOLESIVI (vedi lista retro)

☐ SI ☐ NO

DURATA PREVISTA UTILIZZO

☐ <30 gg ☐ 30 gg-6 mesi ☐ >6 mesi

AMBITO UTILIZZO

☐ intraospedaliero
☐ territorio (domicilio, Hospice, RSA, casa di riposo)

DATI CLINICI RILEVANTI

☐ Fibrillazione atriale
☐ Pacemaker/ICD
☐ Terapia anticoagulante/antiaggregante
☐ Fattori di rischio per TVP/pregressa TVP
☐ Patologie polmonari o tracheostomia
☐ Patologie vascolari periferiche A/V
☐ Portatore o candidato a confezionamento di fistola A-V
☐ Emiparesi dx/sn, SLA, Sclerosi Multipla, M. di Parkinson
☐ Linfedema, edemi arti superiori
☐ Positività per organismi multiresistenti (MDRO)

ESAMI EMATOCHIMICI (data) _____

PT/INR _____

PLT _____

aPTT _____ (solo in caso di terapia con eparina non frazionata)

NOTE _____

MEDICO GAVA (nome cognome) _____

CATETERE INDICATO (vedi flow chart retro)

☐ CVC ☐ PICC ☐ Midline ☐ Mini-midline ☐ CVP ☐ CVC short term per dialisi ☐ CCT dialisi
☐ CCT onco ☐ PORT

data valutazione ____/____/____ Firma _____

NOTE _____

Farmaci **sicuramente** flebolesivi e/o dannosi per i tessuti in caso di stravasamento per cui è raccomandata l'infusione tramite catetere venoso centrale

- Adrenalina
- Dobutamina
- Dopamina
- Fenilefrina
- Noradrenalina
- Vasopressina (desmopressina e terlipressina)
- Fenitoina
- TPN > 800 mOsm/L
- Chemioterapici

Farmaci **potenzialmente** flebolesivi per cui si può considerare l'infusione tramite catetere venoso centrale in caso di uso prolungato* e in relazione al patrimonio venoso del paziente

- Aciclovir
- Amfotericina B
- Amiodarone
- Ampicillina e Ampicillina/Sulbactam
- Azitromicina
- Caspofungina
- Ciprofloxacina e Levofloxacina
- Imipenem e Meropenem
- Ganciclovir
- Oxacillina
- Potassio Cloruro > 60 mEq/L
- Trimetoprim/sulfametossazolo
- Vancomicina

* > 4 settimane per gli antibiotici

