

Unité d'Accès Vasculaire

☐ DEMANDE DE POSE **MIDLINE**

☐ DEMANDE DE POSE **PICC LINE**

PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

E-mail :

Date de la demande :

PRESCRIPTEUR

Nom du médecin :

Téléphone :

E-mail :

INDICATION

☐ Antibiothérapie IV de plus de 3 jours

☐ Accès veineux difficile

☐ Prélèvements sanguins fréquents

☐ Alimentation parentérale-périphérique N4

☐ Traitement par chimiothérapie

☐ Alimentation parentérale-périphérique N7

STATUT INFECTIEUX

☐ BMR / BHRE

☐ Isolement :

ALLERGIE

☐ Non

☐ Oui, lesquelles :

☐ Lidocaïne

A TRANSMETTRE PAR MAIL

uav@ch-grasse.fr