

**Gruppo di Studio degli Accessi vascolari SIN**  
**SCHEDA DI OSSERVAZIONE CVC RITENUTI/INCARCERATI**  
(compilare una scheda per ogni CVC ritenuto)

CENTRO DIALISI \_\_\_\_\_  
MEDICO COMPILATORE \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

ETA' PAZIENTE \_\_\_\_\_ SESSO  M  F

VASO e LATO SEDE DELL'INCANNULAMENTO \_\_\_\_\_

**INDICAZIONE A RIMOZIONE CVC PER:**

FINE USO  INFEZIONE  MALFUNZIONAMENTO

TEMPO DI PERMANENZA DEL CVC RITENUTO NEL VASO (mesi) \_\_\_\_\_

PRECEDENTI CATETERISMI NELLA STESSA SEDE:  SI  NO

PRECEDENTI INFEZIONI A PARTENZA DA CVC IN SEDE  SI  NO

TIPO DI CATETERE TUNNELIZZATO:  BILUME,  DUAL CATH (TIPO TESIO)  SPLIT  
MATERIALE:  POLIURETANO  SILICONE eventuale MARCA \_\_\_\_\_

SEDE DI ADESIONE (se identificata con esami) \_\_\_\_\_

TENTATIVO DI RIMOZIONE:  SI  NO

**SE SI CON**

INTRODUTTORE (sheat)  
 GUIDE/LACCIO  
 PTA/BALLON INTRACATETERE  
 LASER  
 ALTRO (SPECIFICARE) \_\_\_\_\_

ESITO:  POSITIVO  FALLIMENTO  (CVC sepolto/internalizzato)

SPECIALISTI COINVOLTI:  ANGIORADIOLOGO  VASCOLARE  CARDIOCHIRURGO

COMPLICANZE IN CORSO DI RIMOZIONE/PERIOPERATORIE (specificare)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

COMPLICANZE A DISTANZA SE CVC INTERNALIZZATO/SEPOLTO  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NESSUNA COMPLICANZA A DISTANZA( mesi di osservazione) \_\_\_\_\_

ALTRO \_\_\_\_\_

Si prega di inviare la scheda per via FAX (0112402386) o via mail ([gforneris62@gmail.com](mailto:gforneris62@gmail.com)) all'attenzione del Dr. G. Forneris. Per chiarimenti tel 0112402273/0112402335