



REGIONE LAZIO

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI

Via del Terminello 42 – 02100 RIETI – Tel. 0746 2781
Codice Fiscale e Partita IVA 00821180577



UNITA' OPERATIVA SEMPLICE DIPARTIMENTALE TERAPIA ANTALGICA

Responsabile Dott. Giovanni SIENA
Tel. 0746 278089 – E mail g.siena@asl.rieti.it

INFORMAZIONI SULL'INSERIMENTO DI PICC E MIDLINE

Gentilissima/o Sig.ra/Sig.

La presente scheda è stata predisposta per fornire le informazioni necessarie riguardo all'inserimento di un catetere venoso centrale.

La preghiamo di leggerlo con attenzione e di porre al personale sanitario del reparto ogni domanda che Lei ritenga opportuna.

I sanitari di questo reparto hanno valutato che l'inserimento di un catetere venoso centrale sia necessario per la cura della sua malattia.

COS'E' ILPICC

Il PICC è un catetere venoso centrale inserito per via periferica. Consente accessi ripetuti al sistema vascolare per l'infusione di farmaci, di fluidi e di emoderivati, e per prelievi e può rimanere in sede per un periodo di 3 mesi fino a 6 mesi/1 anno.

La scelta del tipo di catetere dipende dalla durata e dal tipo di terapia.

La manovra non richiede il digiuno né la sospensione delle eventuali terapie anticoagulanti in atto.

POSIZIONE DEL PAZIENTE

Il paziente viene disteso su un lettino o rimane nella barella con cui è giunto in ambulatorio, con il braccio prescelto per il posizionamento aperto ed appoggiato su un carrello di sostegno. Viene creato un campo sterile all'interno del quale verranno eseguite tutte le manovre relative all'inserimento del catetere.

DOVE SI INSERISCE

Il catetere viene inserito in una vena del braccio (v. basilica, vv. brachiali, o v. cefalica) mediante guida ecografica e, attraverso questa raggiunge la vena cava superiore (PICC), la vena ascellare o la vena succlavia (MIDLINE)

COME SI POSIZIONA

Il catetere viene inserito a livello del braccio almeno 5cm sopra la piega del gomito e 5 cm sotto il cavo ascellare; l'ecografo consente la localizzazione di vene periferiche non visibili né palpabili. Tale procedura minimizza le complicanze dell'impianto e post-impianto e viene eseguita in regime ambulatoriale. Durante la procedura viene utilizzata una piccola dose di anestetico locale. Il catetere può essere utilizzato immediatamente previo controllo radiografico del torace o altro metodo validato per la verifica del corretto posizionamento.

A CHI VIENE POSIZIONATO

Il PICC è indicato in pazienti che necessitano di infusione prolungata di qualsiasi tipo di farmaco e soluzione.

TEMPO DI UTILIZZO

Il PICC è un catetere centrale che può rimanere in sede 1-6 mesi, eventualmente fino 1 anno ed oltre in assenza di complicanze.

CONTROINDICAZIONI

Il posizionamento di PICC è controindicato nelle seguenti indicazioni:

- Nota o sospetta batteriemia o setticemia
- Pregressa radioterapia sul sito di inserimento previsto
- Pregressi episodi di trombosi venosa o interventi di chirurgia vascolare nel sito di posizionamento previsto
- Fattori locali in grado di prevenire l'adeguata stabilizzazione o accesso del dispositivo (eritemi, edemi, eczemi)

COMPLICANZE PIU' FREQUENTI

Precoci

- Mal posizionamento
- Puntura arteriosa
- Puntura nervosa
- Ematoma
- Aritmia

Tardive

- Flebite
- Rottura del catetere
- Occlusione del catetere
- Infezione
- Trombosi venosa
- Dislocazione

**QUESTIONARIO/RICHIESTA
PER INSERIMENTO
DI PICC E MIDLINE**

COGNOME _____

NOME _____

DATA DI NASCITA _____

INDIRIZZO _____

TEL. CASA _____ **CELL** _____

QUESTIONARIO

Il paziente è :

affetto da:				
cardiopatìa	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
ipertensione	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
diabete	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
portatore di pece – maker	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>

è stato sottoposto ad interventi chirurgici cardiovascolari od ortopedici agli arti superiori (se si indicare: data , tipo, sede di ogni intervento subito)

NO SI

Ha subito ustioni agli arti superiori (se si indicare la superficie interessata)

NO SI

È affetto da edemi, eritemi, eczemi agli arti superiori (se si quali zone interessano)

NO SI

Ha mai avuto reazioni allergiche(se si indicare quali sostanze)

NO SI

Ha precedentemente posizionato PICC/MIDLINE

NO SI

Ha precedentemente posizionato altri cateteri venosi centrali/periferici

NO SI

Ha mai manifestato episodi di flebite/tromboflebite (se si indicare quanto tempo prima, quale distretto interessato, la terapia)

NO SI

Assume farmaci anticoagulanti/antiaggreganti(se si indicare il farmaco, la posologia, per quale patologia, da quanto tempo)

NO SI

Ha un'infezione in atto (se si specificare quale)

NO SI

Assume altri farmaci (se si quali)

NO SI

Allergia a lattice

NO SI

Altre segnalazioni utili

IL MEDICO RICHIEDENTE:

Dichiara di aver compilato il questionario insieme al paziente e richiede l'inserimento del PICC/MIDLINE per il paziente

Data _____ Firma e timbro del medico richiedente _____

IL PAZIENTE

Ritiene di essere stato sufficientemente informato su i rischi, controindicazioni, complicanze, gestione del catetere proposto e dichiara di aver collaborato nel modo ottimale alla compilazione del questionario

Data..... Firma del paziente.....

IL SANITARIO RESPONSABILE DELL'INSERIMENTO

Preso atto delle proposte fornite nel questionario e a voce del paziente stesso, approva l'esecuzione della manovra

Data.....

Firma e timbro del sanitario responsabile impianto

MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

DATI RELATIVI AL/LA PAZIENTE

COGNOME.....NOME.....

DATA DI NASCITA..... LUOGO DI NASCITA.....

UNITA' OPERATIVA.....

Diagnosi o indirizzo diagnostico

.....

Atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo

.....

.....

Si procede ad effettuare l'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo urgente in quanto il/la paziente è impossibilitato/ ad esprimere il consenso (in tale ipotesi si interrompe a questo punto la compilazione del modulo).

INFORMAZIONI FORNITE

Sono state fornite tutte le informazioni relative a:

1) Diagnosi od orientamento diagnostico
2) Prognosi e aspettative migliorative del trattamento
3) Modalità di esecuzione dell'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo
4) Tipo di anestesia (se prevista)
5) Eventuali rischi e/o complicanze (anche in riferimento all'eventuale concomitanza di altre patologie)
6) Eventuali alternative diagnostico- terapeutiche al trattamento proposto (comprese loro aspettative migliorative e rischi e complicanze)
7) Conseguenze prevedibili alla mancata esecuzione dell'atto diagnostico e/o terapeutico e/o riabilitativo proposto

Inoltre (segnare l'opzione attuata)

- E' stato fornito al /la paziente / ovvero a chi esercita la potestà genitoriale /ovvero al rappresentante legale (amministrativo di sostegno, tutore, curatore) materiale informativo sulla procedura proposta.
- In assenza di materiale informativo appositamente predisposto, si annota in cartella clinica (o in altra documentazione sanitaria) la sintesi delle informazioni trasmesse verbalmente durante il colloquio, ivi compresa la firma de/la paziente, facendo firmare per presa visione il/la paziente, ovvero chi esercita la potestà genitoriale, ovvero il rappresentante legale (amministratore di sostegno, tutore, curatore)

In caso di bisogno di ulteriori informazioni, può rivolgersi all'Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Terapia Antalgica contattando il seguente numero di telefono **0746 278089**

EVENTUALI ANNOTAZIONI

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Se maggiorenne e capace di intendere e volere
Tutore/curatore/amministratore di sostegno
Genitori

ACCONSENTO ALL'IMPIANTO _____

NEGO IL CONSENSO ALL'IMPIANTO _____

Data _____

A conferma dell'avvenuta informazione e della efficacia della comunicazione

Firma dell'Infermiere _____

Firma e timbro del medico _____