



Mon Passeport PICC



Nom du patient (ou étiquette patient) :

Date de naissance :

.....

Adresse :

.....

Nom, Tél du médecin référent :

Nom, Tél du médecin traitant :

Nom, Tél prestataire :

Nom, Tél IDE libéral :

Nom, Tél pharmacien :

Nom, Tél autre :

Nom de l'établissement poseur du PICC :

Nom du praticien poseur :

Numéro de téléphone (si problème avec PICC) :

Fiche de liaison Poseur / Utilisateur

Date de pose du PICC :

.....

Longueur extériorisée (nombre de repères) :

Préciser si : Simple lumière Double lumière Triple lumière PICC haute pression : oui non

Type de valve Valve intégrée : oui non Valve à ajouter : oui non

Type de fixateur Grip-Lok® StatLock® Autre

Observation post pose du PICC :

.....

Documents remis au patient

- Carte d'identification du PICC
- Ordonnance réfection du pansement
- Livret d'information patient
- Livret de suivi du fabricant
- Protocole réfection pansement de l'établissement
- Autre

<p>HOPITAL → VILLE <input type="checkbox"/></p> <p>VILLE → HOPITAL <input type="checkbox"/></p>	<p>HOPITAL → VILLE <input type="checkbox"/></p> <p>VILLE → HOPITAL <input type="checkbox"/></p>	<p>HOPITAL → VILLE <input type="checkbox"/></p> <p>VILLE → HOPITAL <input type="checkbox"/></p>	<p>HOPITAL → VILLE <input type="checkbox"/></p> <p>VILLE → HOPITAL <input type="checkbox"/></p>
Date	Date	Date	Date
Nom de l'infirmier(e) Service/cabinet IDE libéral Téℓ :	Nom de l'infirmier(e) Service/cabinet IDE libéral Téℓ :	Nom de l'infirmier(e) Service/cabinet IDE libéral Téℓ :	Nom de l'infirmier(e) Service/cabinet IDE libéral Téℓ :
Date de réfection du pansement	Date de réfection du pansement	Date de réfection du pansement	Date de réfection du pansement
Longueur extériorisée du PICC	Longueur extériorisée du PICC	Longueur extériorisée du PICC	Longueur extériorisée du PICC
Date de changement de valve (si valve non intégrée)	Date de changement de valve (si valve non intégrée)	Date de changement de valve (si valve non intégrée)	Date de changement de valve (si valve non intégrée)
Reflux sanguin Observation :	Reflux sanguin Observation :	Reflux sanguin Observation :	Reflux sanguin Observation :
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> *	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> *	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> *	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> *
Bon débit perfusion / injection aisée Observation :	Bon débit perfusion / injection aisée Observation :	Bon débit perfusion / injection aisée Observation :	Bon débit perfusion / injection aisée Observation :
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> *	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> *	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> *	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> *
Signes locaux oedème, douleur, rougeur, induration, écoulement. Signes généraux hyperthermie, frisson...	Signes locaux oedème, douleur, rougeur, induration, écoulement. Signes généraux hyperthermie, frisson...	Signes locaux oedème, douleur, rougeur, induration, écoulement. Signes généraux hyperthermie, frisson...	Signes locaux oedème, douleur, rougeur, induration, écoulement. Signes généraux hyperthermie, frisson...
Observation :	Observation :	Observation :	Observation :