

Demande de pose de *MIDLINE* / *PICCLINE* Unité d'Accès Vasculaire (UNAV)



Centre Hospitalier
des Pays de Morlaix

Tél. : 02 98 62 68 97 • Mail externe : unav@ch-morlaix.mssante.fr

Identité complète du patient ou Etiquette

Nom :

Prénom :

DDN :

Choix de l'accès vasculaire :

☐ MIDLINE ☐ PICCLINE

Remplissez informatiquement cette demande
et envoyez-la par mail. Les demandes
incomplètes ne seront pas prises en compte.

Date de la demande :

Pose :

☐ urgente dans les 24h ☐ rapide dans les 8 jours

☐ différée, date souhaitée :

☐ Patient hospitalisé Service : Tél. :

☐ Consultant externe Tél. Médecin : Tél. patient :

☐ Patient valide ☐ Patient en fauteuil ☐ Patient alité

Diagnostic et produits nécessitant l'abord vasculaire :

Date de début de traitement : Durée du traitement :

Indications de pose :

☐ Chimiothérapie ☐ Antibiothérapie ☐ Nutrition parentérale

☐ Prélèvements sanguins fréquents ☐ Accès veineux difficile

☐ Retour à domicile envisagé ☐ Autre :

Antécédents remarquables :

	OUI	NON	COTE
Pacemaker ou défibrillateur	☐	☐	
Syndrome cave supérieur	☐	☐	
Patient en ACFA	☐	☐	
Antécédents de chirurgie cardiaque avec ligature du tronc veineux brachio-céphalique	☐	☐	
Antécédents de chirurgie et/ou irradiation axillaire	☐	☐	
Programmation ou présence d'une fistule artérioveineuse	☐	☐	
Antécédents de thrombose sur cathéter	☐	☐	
Antécédents d'infection sur cathéter	☐	☐	
Antécédents de Piccline et/ou Midline	☐	☐	
Hémiplégie	☐	☐	
Patient sous oxygénothérapie	☐	☐	
Allergies : si oui précisez :			

Cas particuliers :

• Infections (Prion, BMR, BK...) nécessitant précautions particulières ou isolement :

• Troubles du comportement :

• Anticoagulant en cours :

Nom du médecin prescripteur :

Signature du médecin
prescripteur :

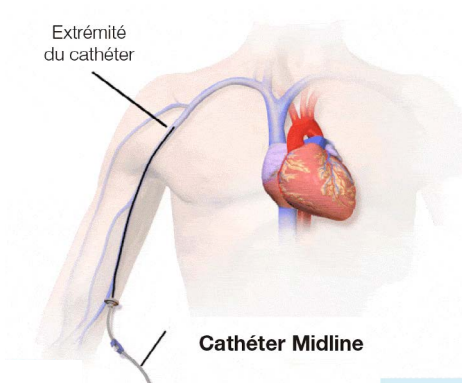
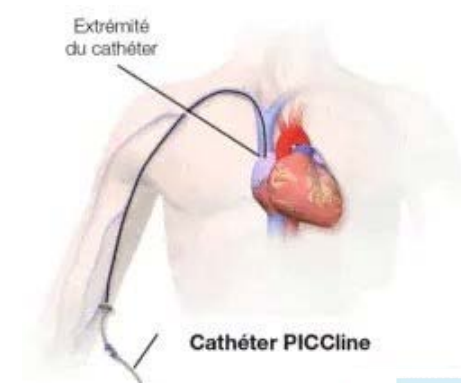
(Document à remplir, à signer (dessin manuel), puis à renvoyer à unav@ch-morlaix.mssante.fr)

Demande de pose de *MIDLINE* / *PICCLINE* Unité d'Accès Vasculaire (UNAV)

Tél. : 02 98 62 68 97 • Mail externe : unav@ch-morlaix.mssante.fr

Ce document est à destination des médecins, demandeurs de la pose d'un abord veineux pour leur patient. Il permet d'orienter le choix d'abords veineux possibles, par la déclinaison de leurs différentes indications et modalités. En cas de difficultés, contactez l'UNAV par téléphone au 02 98 62 68 97 du lundi au vendredi de 9h00 à 16h30.

Différences entre Midline et Picline

	MIDLINE POWERMIDLINE®	PICCLINE POWERPICC SOLO®
Type d'accès vasculaire	Voie veineuse périphérique de longue durée	Cathéter central à insertion périphérique
Indications	- Préservation du capital veineux - Prélèvements sanguins itératifs - Transfusion de sang et dérivés - Traitement IV à court-moyen terme (7 à 29 jours) - Seuls les traitements médicamenteux autorisés sur une voie périphérique peuvent être administrés : - Produit non vésicant : $< 900\text{mOsmol/L}$ - Produit non irritant : $5 < \text{pH} < 9$	- Préservation du capital veineux - Prélèvements sanguins itératifs - Transfusion de sang et dérivés - Traitement IV pour une durée prévisible de 7 jours à 3 mois (voire 6 si nécessaire et si aucune complication) - Administration de produits vésicants (hyperosmolaires) et/ou irritants ($\text{pH} < 5$ ou > 9)
Insertion	Veine basilique, brachiale ou céphalique	Veine basilique ou brachiale
Extrémité	Cathéter ne dépassant pas le creux axillaire	Cathéter à la jonction atrio-cave
	 Extrémité du cathéter Cathéter Midline © Wikimedia	 Extrémité du cathéter Cathéter PICCline © Wikimedia
Haute Pression	Oui	Oui
Valve intégrée	Non (valve amovible obligatoire)	Oui proximale
Consigne	Rinçage pulsé	Rinçage pulsé
Pansement	1 fois par semaine	1 fois par semaine