



CARTELLA INFERMIERISTICA  
AMBULATORIALE MEDICAZIONE/  
LAVAGGIO C.V.C.  
Poliambulatorio  
☐Farinelli ☐Gorizia ☐Monginevro

SERVIZIO SANITARIO  
NAZIONALE  
REGIONE PIEMONTE  
Azienda Sanitaria Locale  
“Città di Torino”

COGNOME E NOME\_\_\_\_\_

Indirizzo\_\_\_\_\_Tel.\_\_\_\_\_

Centro di riferimento (per la terapia):\_\_\_\_\_Tel.\_\_\_\_\_

Medico di medicina generale\_\_\_\_\_Tel.\_\_\_\_\_

Data e luogo di posizionamento del presidio:\_\_\_\_\_

- Tipo di CVC:**  
☐Groshong  
☐Hohn  
☐Picc/Midline  
☐Port-a cath  
☐Altro\_\_\_\_\_

**Sede del presidio:**

	Destro	Sinistro
Braccio		
Sottoclaveale		
Giugulare		
Emitorace		

**Medicazione**

	Prodotto / Posologia	Frequenza
Medicazione punto inserzione		
Irrigazione		
Eparinizzazione		
Rimozione elastomero		

**Allergie**\_\_\_\_\_

**Caregiver**\_\_\_\_\_Tel.\_\_\_\_\_vive in casa ☐si ☐no

**Problemi sociali rilevanti inerenti l'attività**\_\_\_\_\_

**Diagnosi e anamnesi:** vedi foglio di dimissione allegato



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE PIEMONTE  
Azienda Sanitaria Locale  
“Città di Torino”

CONSENSO INFORMATO ALLA PRESA IN CARICO  
IN AMBULATORIO INFERMIERISTICO

Io sottoscritto/a.....  
Nato/a.....il.....dichiaro di essere stato/a informato/a mediante colloquio diretto con l’infermiere.....

- riguardo:
- alla presa in carico in ambulatorio infermieristico
  - al programma diagnostico-terapeutico impostato
  - alla trasmissione dei referti al suo medico curante
  - alla eventuale raccolta di materiale documentale (immagini) a scopo diagnostico-terapeutico e di monitoraggio clinico

In particolare dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso che la mia presa in carico è indicata per il mio stato di salute.  
Ogni atto diagnostico-terapeutico può presentare un rischio di effetti indesiderati e/o collaterali, anche se attuato con perizia, diligenza e prudenza.  
Autorizzo il trattamento dei dati sensibili secondo la L.31.12.96 n.675 e successive modifiche “tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali”, trattamento che A.S.L. CITTÀ DI TORINO si riserva di utilizzare esclusivamente per compiti istituzionali.

Torino, il

Firma del paziente

Firma infermiere

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE PIEMONTE  
Azienda Sanitaria Locale  
“Città di Torino”

CARTELLA INFERMIERISTICAAMBULATORIALE MEDICAZIONI/LAVAGGIO C.V.C.  
Poliambulatorio  
☐Farinelli ☐Gorizia ☐Monginevro



COGNOME E NOME

Data	Medicazione Disinfezione con: <input type="checkbox"/> clorexidina (2%) <input type="checkbox"/> Applicazione di: <input type="checkbox"/> pellicola trasparente <input type="checkbox"/> cambio stat lock <input type="checkbox"/> biopach di clorexidina <input type="checkbox"/> cambio tappino	Reflusso: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> presenza frustoli nel sangue refluito <input type="checkbox"/> no	Lavaggio (usare esclusivamente siringhe da 10ml): <input type="checkbox"/> fisiologica 10+10ml <input type="checkbox"/> NFC a pressione positiva	Lock eparina: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Osservazione punto inserzione (visual exit site score): <input type="checkbox"/> 0 =cute integra, nessun segno di dolore o flogosi; <input type="checkbox"/> 1 =iperemia <1cm al punto di uscita del CVC ± fibrina; <input type="checkbox"/> 2 =iperemia <1cm al punto di uscita del CVC ± fibrina; <input type="checkbox"/> 3 =iperemia, secrezione, pus ± fibrina.	Complicanze da invio al centro ospedaliero: <input type="checkbox"/> occlusione <input type="checkbox"/> dislocazione <input type="checkbox"/> malfunzionamento <input type="checkbox"/> segni di infezione <input type="checkbox"/>	NOTE e FIRMA OPERATORE:
Data	Medicazione Disinfezione con: <input type="checkbox"/> clorexidina (2%) <input type="checkbox"/> Applicazione di: <input type="checkbox"/> pellicola trasparente <input type="checkbox"/> cambio stat lock <input type="checkbox"/> biopach di clorexidina <input type="checkbox"/> cambio tappino	Reflusso: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> presenza frustoli nel sangue refluito <input type="checkbox"/> no	Lavaggio (usare esclusivamente siringhe da 10ml): <input type="checkbox"/> fisiologica 10+10ml <input type="checkbox"/> NFC a pressione positiva	Lock eparina: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Osservazione punto inserzione (visual exit site score): <input type="checkbox"/> 0 =cute integra, nessun segno di dolore o flogosi; <input type="checkbox"/> 1 =iperemia <1cm al punto di uscita del CVC ± fibrina; <input type="checkbox"/> 2 =iperemia <1cm al punto di uscita del CVC ± fibrina; <input type="checkbox"/> 3 =iperemia, secrezione, pus ± fibrina.	Complicanze da invio al centro ospedaliero: <input type="checkbox"/> occlusione <input type="checkbox"/> dislocazione <input type="checkbox"/> malfunzionamento <input type="checkbox"/> segni di infezione <input type="checkbox"/>	NOTE e FIRMA OPERATORE:
Data	Medicazione Disinfezione con: <input type="checkbox"/> clorexidina (2%) <input type="checkbox"/> Applicazione di: <input type="checkbox"/> pellicola trasparente <input type="checkbox"/> cambio stat lock <input type="checkbox"/> biopach di clorexidina <input type="checkbox"/> cambio tappino	Reflusso: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> presenza frustoli nel sangue refluito <input type="checkbox"/> no	Lavaggio (usare esclusivamente siringhe da 10ml): <input type="checkbox"/> fisiologica 10+10ml <input type="checkbox"/> NFC a pressione positiva	Lock eparina: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Osservazione punto inserzione (visual exit site score): <input type="checkbox"/> 0 =cute integra, nessun segno di dolore o flogosi; <input type="checkbox"/> 1 =iperemia <1cm al punto di uscita del CVC ± fibrina; <input type="checkbox"/> 2 =iperemia <1cm al punto di uscita del CVC ± fibrina; <input type="checkbox"/> 3 =iperemia, secrezione, pus ± fibrina.	Complicanze da invio al centro ospedaliero: <input type="checkbox"/> occlusione <input type="checkbox"/> dislocazione <input type="checkbox"/> malfunzionamento <input type="checkbox"/> segni di infezione <input type="checkbox"/>	NOTE e FIRMA OPERATORE: