

**Valutazione Infermieristica - Accesso Venoso per Plasmaferesi Terapeutica**

Nome:

\_\_\_\_\_

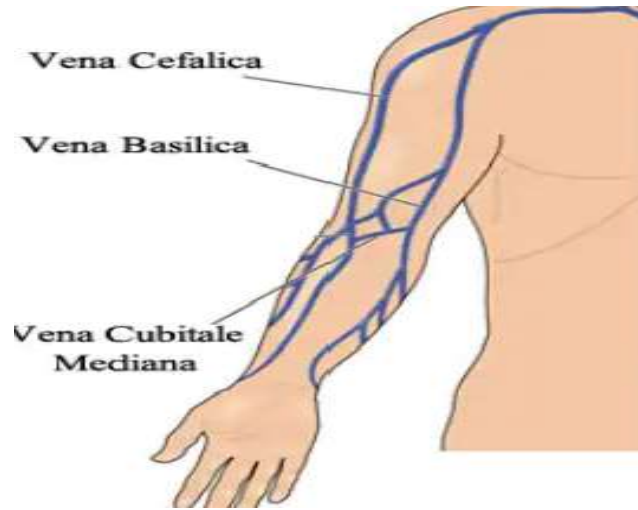
Cognome:

\_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Reparto:

\_\_\_\_\_



Patrimonio Venoso	Idoneo	Non idoneo
Braccio Dx		
Braccio Sx		

**Valutazione Infermieristica/Note:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**IDONEITA' PATRIMONIO VASCOLARE**

**IDONEO**

**NON IDONEO**

infermiere valutatore (*firma*) \_\_\_\_\_