

Installation : _____

Dossier :	_____
Nom, Prénom :	_____
Date de naissance :	_____ ☐ F ☐ M AAAA-MM-JJ
NAM :	_____ Exp. _____ AAAA-MM
Nom de la mère :	_____

SERVICE D'INHALOTHÉRAPIE PONCTION ARTÉRIELLE

Conditions de l'usager indiquant la nécessité de procéder à la ponction artérielle : _____

☐ Saignement anormalement prolongé
☐ Prise d'anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire

Résultat INR <48h, si disponible : _____

Allergie : ☐ Anesthésique local ☐ Latex

Ordonnance médicale au dossier : ☐ Oui ☐ Ordre verbale Dr _____

Information relative à la procédure donnée au patient : ☐ Oui ☐ Non

Consentement verbal obtenu : ☐ Oui ☐ Refus de l'usager

Test d'Allen : ☐ Positif ☐ Négatif

☐ Absence de contre-indications :

- Maladie vasculaire (sclérodermie, athérosclérose, maladie de Raynaud)
- Ischémie préexistante (extrémité hypoperfusée, cyanosée ou froide)
- Incapacité à palper la pulsation radiale
- Lésion cutanée, infection ou brûlure au site de la ponction
- Fistule artério-veineuse (présente chez l'usager hémodialysé)
- Test d'Allen négatif (anormal) : > 10 secondes si ischémie suspectée.
- Du côté ponctionné :
 - Canulation artérielle récente avec occlusion de l'artère
 - Chirurgie ou thrombose au poignet antérieur
 - Malformation ou altération de l'anatomie

Site de ponction : ☐ Artère radiale droite ☐ Artère radiale gauche

☐ Désinfection du site de ponction avec Chlorhexidine pendant 30 secondes

Analgésie : ☐ Aucune ☐ Lidocaïne 2% SC ☐ Autre : _____

Nombre de tentatives : _____

Qualité et quantité du prélèvement : _____

Temps de compression : _____

Apparence du site de ponction et pansement : _____

☐ Bien toléré par l'usager Particularités : _____

Prélèvement laissé à l'air ambiant et acheminé au laboratoire **avant** 10 minutes : ☐ Oui ☐ Non

Notes : _____

Signature de l'inhalothérapeute : _____

Date : _____

aaaa-mm-jj