



# Fiche de liaison

## Services / Radiologie cardio vasculaire

Réf :  
DPA/FOR/DSO/089  
Version : 4.0  
Etat : Applicable  
Mise en application :  
23/01/2018

201 avenue d'Alsace - BP 20129 - 68003 COLMAR CEDEX

Etiquette patient

Service :

Date :

Intervention prévue :

Nom + Paraphes

**PREPARATION DU DOSSIER :**

Labo  RAI  Date : \_\_\_\_\_ Groupe  ECG  RX

Demande d'examens  Etiquettes

**PREPARATION CUTANEE :**

Douche la veille  Savon antiseptique utilisé : \_\_\_\_\_

Douche/toilette à J0  Savon antiseptique utilisé : \_\_\_\_\_

Propreté vérifiée (ombilic, ongles, espaces interdigitaux.....)

Dépilation à minima  Information donnée

**SECURITE :**

Préparation anti-allergique

Patient à jeun

Patient prémédiqué      La Veille : Oui  Non       Le matin : Oui  Non

A uriné avant l'examen : Oui  Non  Pénilex  Sonde urinaire

Ablations : Bijoux  Vernis à ongles  Prothèses dentaires Inf  Sup

Lentilles de Contact  Sous-vêtements  Lunettes  Maquillage

Feuille d'informations donnée et consentement signé Oui  Non

**COMPORTEMENT** : Calme  Anxieux  Euphorique  Désorienté

**INFORMATIONS UTILES :**

Patient Diabétique  Non Francophone

Malentendant : Appareillé  Non appareillé

Patient porteur d'une prothèse : Genou  Hanche  Pace

Colonisation/Infection à BMR  Si oui coller le logo correspondant

**AUTRE :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Fiche de liaison Radiologie cardio vasculaire Services

Réf :  
DPA/FOR/DSO/089  
Version : 4.0  
Etat : Applicable  
Mise en application :  
23/01/2018

201 avenue d'Alsace - BP 20129 - 68003 COLMAR CEDEX

Etiquette patient

Date :

Examen réalisé :

Nom + Paraphes IDE ou MER :

## RESUME PER-EXAMEN

### PREPARATION CUTANEE :

DéterSION : Hibiscrub  Bétadine scrub  ChloraPrep   
Désinfection : Hibitane Champ  Bétadine dermique

**PONCTION ARTERIELLE :**  F **PONCTION VEINEUSE :**  F  
Fémorale : Droite  Gauche  Fémorale : Droite  Gauche   
Radiale : Droite  Gauche  Bras : Droit  Gauche   
Humérale : Droite  Gauche

**ANESTHESIE :** Locale  Sédation  Relaxation

**MEOPA**  Durée : ... min Douleur pendant le geste (EN de 0 à 10) : ... **Satisfaction** (0 à 10) .....

**Evènements indésirables** (liés au Méopa) Oui  Non  Précisez : .....

**PRODUITS DE CONTRASTE : INTOLERANCE :** Nausées  Vomissements  Réactions cutanées

**QUANTITE IMPORTANTE :** Oui  Non

**VOLUME :** .....  Cf Compte-rendu d'examen

**COMPORTEMENT :** Anxieux  Agité  **COOPERATION :** Bonne  Difficile   
Calme  Sédaté

**PROBLEMES AU COURS DE L'EXAMEN :** Malaise vagal  Hypertension   
Troubles du rythme  Douleur/modification ECG   
Hypotension  Autres

### ETAT DU PATIENT EN FIN DE PROCEDURE : Paraphes

**POINT DE PONCTION après COMPRESSION :** Normal  Hématome   
**PANSEMENT COMPRESSIF :** Oui  Non   
**MICITION :** Volume :   
**POULS PERIPHERIQUES après EXAMEN :** Pédieux  Fémoral  Radial   
**SUTURE ARTERIELLE FEMORALE :** Oui  Non   
**SYSTEME DE COMPRESSION RADIALE :** Oui (cf protocole)   
**LEVER :** autorisé  4H  6H  24H  **REALIMENTATION :** Normale  A jeun

**Retour au service**  **Transfert vers :** USIC  SC Cardio  Autre  : .....

**PRESCRIPTIONS du Dr**

**SIGNATURE :**