

## Pose des cathéters provisoires de dialyse au 8-AL

Date :

Nom du patient :

Unité d'hospitalisation :

Site d'insertion :

Type du catheter :

Contrôle US :

Temps de pose :

Nbre de ponctions :

Rx de contrôle :

### Incidents :

-Ponction artérielle

-Pneumothorax :

-Hématome :

-Autre :

*Nom de l'opérateur (facultatif) :*