

	Direzione Sanitaria SELEZIONE DEI PAZIENTI E DEFINIZIONE DELLE EVENTUALI INDICAZIONI CHIRURGICHE CHIRURGIA VASCOLARE	Mod. 0391	Pag. 1 di 2
		Parola chiave: PNE CHVS	
		Rev. 01	del 26/01/2026

Cognome _____ Nome _____ Data di Nascita _____

INDICAZIONI E PRESUPPOSTI DI INTERVENTO

Valutazione del circolo venoso profondo

- Pervietà NO ☐ SI ☐
- Comprimibilità – CUS NO ☐ SI ☐ se SI mm residui in caso di collabimento _____
- Sede ed estensione della eventuale trombosi _____
- Caratteristiche del trombo: ☐ anecogeno, ☐ ipoecogeno, ☐ isoecogeno, ☐ iperecogeno, ☐ omogeneo, ☐ disomogeneo, ☐ flottante, ☐ peduncolato, ☐ mozzato, ☐ ben adeso alla parete
- Funzione valvolare (tipo di reflusso) _____
- Descrizione della parete _____

Valutazione della crosse safeno / femorale

- Pervia SI ☐ NO ☐; comprimibile SI ☐ NO ☐; Continente SI ☐ NO ☐;
- Reflusso SI ☐ NO ☐ se SI tipo di reflusso _____

Valutazione della crosse safeno-poplitea

- Pervia SI ☐ NO ☐; comprimibile SI ☐ NO ☐; Continente SI ☐ NO ☐;
- Reflusso SI ☐ NO ☐ se SI tipo di reflusso (lunghezza) _____
- Sede di sbocco rispetto alla rima articolare _____

CRITERI OPERATIVI

Valutazione del circolo venoso superficiale

- Occlusioni trombotiche SI ☐ NO ☐;
- Occlusioni trombotiche safeniche interne SI ☐ NO ☐; esterne SI ☐ NO ☐;
 - se SI:
 - Localizzazione della Trombosi Venosa Superficiale _____
 - Coinvolgimento della giunzione con circolo profondo SI ☐ NO ☐
 - Coinvolgimento delle vene perforanti e profonde. SI ☐ NO ☐
 - Descrizione delle altre vene superficiali sede di trombosi _____

Approfondimenti emodinamici sul reflusso / definizione della strategia chirurgica

- Durata del reflusso durante Valsalva:
 - reflusso < 0.5 sec ☐
 - reflusso > 0.5 sec. < 1.0 sec ☐
 - reflusso > 1.0 sec ☐

 ACCREDITATA CON IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	Direzione Sanitaria SELEZIONE DEI PAZIENTI E DEFINIZIONE DELLE EVENTUALI INDICAZIONI CHIRURGICHE CHIRURGIA VASCOLARE	Mod. 0391	Pag. 2 di 2
		Parola chiave: PNE CHVS	
		Rev. 01	del 26/01/2026

• **Asse del reflusso in ortostatismo**

- safenico SI ☐ NO ☐
- extra safenico SI ☐ NO ☐
- se SI estensione _____

• **Diametro safenico interno**

- coscia _____
- gamba _____

• **Diametro safenico esterno**

- Terzo medio gamba _____

• **Presenza di perforanti incontinenti** SI ☐ NO ☐

- se SI localizzazione _____

(per le perforanti di Cockett utile precisare in cm la distanza dalla pianta del piede)

• **durata del reflusso in perforante**

- reflusso < 0.5 sec ☐
- reflusso > 0.5 sec. < 1.0 sec ☐
- reflusso > 1.0 sec ☐

***Il mappaggio preoperatorio delle perforanti va effettuato quando espressamente richiesto a scopo
chirurgico (generalmente immediatamente prima dell'intervento)***

• **Presenza di lesioni trofiche** SI ☐ NO ☐

- se SI localizzazione _____

• **Presenza di lesioni ipertensione venosa distale** SI ☐ NO ☐

Note e commenti; terapie consigliate

Bra _____

Firma e Timbro del Medico
