

SOLUZIONI CONCENTRATE DI POTASSIO
MODULO PER LA RICHIESTA ALLA FARMACIA
 Aree critiche



Da compilarsi a cura della U.O. richiedente:

U.O. _____

RICHIEDE

la consegna del seguente farmaco

		N. fiale
POTASSIO CLORURO: (soluz. Ellettrolitica n. 4)	K + 20 mEq	_____
K-FLEBO:	K+30 mEq	_____

Si raccomanda di utilizzare sempre come prima scelta ogni volta che è possibile in base alla Raccomandazione N.1 del Ministero della Salute, per evitare il rischio della mancata diluizione e della mancata agitazione vigorosa, le sacche pronte contenenti 20 mEq di Potassio in sacca da 500 ml, disponibili normalmente a magazzino senza alcuna particolare formalità.

Data richiesta _____

 Timbro e firma del Medico richiedente

Da compilarsi a cura del Farmacista della Farmacia Ospedaliera:

Si autorizza la consegna del farmaco sopra richiesto nella quantità di fiale n. _____

Firma del Farmacista _____

Data consegna _____

Firma per ricevuta
 dell'operatore di reparto addetto al ritiro _____

COPIA TRATTA DAL SITO WEB ASBAT.IT