



**RICHIESTA DI SOLUZIONI DI POTASSIO CONCENTRATO  
FIALE DA PARTE DI REPARTO AUTORIZZATO ALLA  
FARMACIA**

All. n. 1  
Rev. 0  
del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Pag. 1 di 1

**ALLA FARMACIA INTERNA**

- TERAPIE INTENSIVE E SUBINTENSIVE, RIANIMAZIONE (livello 1a e 1b)**
- UTIC**
- NEFROLOGIA -DIALISI**
- TERAPIA INTENSIVA NEONATALE**
- PRONTO SOCCORSO**
- ONCOLOGIA - HOSPICE**
- SALE OPERATORIE**
- MEDICINA INTERNA**

U.O _____
CdC _____

Data \_\_\_\_\_

**RICHIEDE**

Descrizione	Codice farmaco	Numero di fiale
<input type="checkbox"/> <b>POTASSIO CLORURO ( 2 mEq/ml )</b>		
<input type="checkbox"/> <b>POTASSIO ACETATO ( 3 mEq/ml )</b>		
<input type="checkbox"/> <b>POTASSIO ASPARTATO ( 3 mEq/ml )</b>		
<input type="checkbox"/> <b>POTASSIO FOSFATO (2 mEq/ml )</b>		
<input type="checkbox"/> <b>ALTRO (.....mEq/ml )</b>		

**Medico prescrittore Dr.** \_\_\_\_\_

***Per la farmacia***

Specialità e n° di fiale consegnate \_\_\_\_\_

Firma dell' operatore cedente \_\_\_\_\_

Firma dell' operatore ricevente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Il farmaco opportunamente diluito sarà utilizzato per i pazienti della U.O. in conformità al Protocollo Operativo Aziendale e tenuto di scorta (area critica autorizzata)**

**Le soluzioni in oggetto devono essere conservate in apposito spazio dedicato, esclusivo e chiuso con esplicita indicazione esterna del contenuto e con la specifica dicitura "DILUIRE PRIMA DELLA SOMMINISTRAZIONE: MORTALE SE INFUSO NON DILUITO".**