



**RICHIESTA DI ALLESTIMENTO DI UNA SOLUZIONE DI  
POTASSIO ALLA FARMACIA DA PARTE DI REPARTO NON  
AUTORIZZATO**

All. n. 2  
Rev. 0  
del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Pag. 1 di 1

**ALLA FARMACIA**

L'U.O di \_\_\_\_\_ codice CdC \_\_\_\_\_

**RICHIESTE L'ALLESTIMENTO DELLA SEGUENTE PREPARAZIONE**

**Prescrizione a cura del Medico**

Nome/Cognome paziente: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Indicazione Terapeutica: \_\_\_\_\_

Concentrazione della soluzione di potassio (e solvente): \_\_\_\_\_

Via somministrazione: \_\_\_\_\_

Tempo di somministrazione: \_\_\_\_\_

Velocità di somministrazione: \_\_\_\_\_

Data di prescrizione: \_\_\_\_\_ Firma E Timbro Del Medico \_\_\_\_\_

**Allestimento a cura del Farmacista**

Caratteristiche e modalità di preparazione: l'operatore tecnico deve diluire in condizioni di asetticità le seguenti sostanze

Conservazione: al riparo dalla luce e dal calore

Modalità d'impiego: infusione lenta ed eseguita esclusivamente da personale esperto

Utilizzare entro il: \_\_\_\_\_ **Avvertenze: MORTALE SE INFUSO NON DILUITO**

Data di preparazione: \_\_\_\_\_

FIRMA OPERATORE TECNICO

FIRMA FARMACISTA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ritiro della preparazione**

Firma per ricevuta \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_