Azienda USL Toscana nord ovest Servizio Sanitario della Toscana	**RICHIESTA/RESTITUZIONE DI SOLUZIONE DI POTASSIO FIALE ALLA FARMACIA DA PARTE DI REPARTO NON AUTORIZZATO**	All. n. 3 Rev. 0 del __/__/_____ Pag. 1 di 1

ALLA FARMACIA

L'U.O di _____codice CdC _____

□ **RICHIEDE** □ **RESTITUISCE**

Descrizione	Codice farmaco	Numero di fiale
□ **POTASSIO CLORURO (2 mEq/ml)**		
□ **POTASSIO ACETATO (3 mEq/ml)**		
□ **POTASSIO ASPARTATO (3 mEq/ml)**		
□ **POTASSIO FOSFATO (2 mEq/ml)**		
□ **ALTRO (.....mEq/ml)**		

Per il paziente

Nome e Cognome……

Potassiemia accertata…….mmol/L (< 3mmol/L)

Posologia……Durata del trattamento (in giorni)……

Via somministrazione:……

Tempo di somministrazione:……

Velocità di somministrazione……

Data _____ firma Medico_____

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 (non può essere tenuto in scorta)

Le soluzioni in oggetto devono 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".