



**CHECK LIST VERIFICA PRESCRIZIONE, PREPARAZIONE, SOMMINISTRAZIONE
SOLUZIONI CONTENENTI POTASSIO**

All. n. 3
Rev. 1
del 06/05/2019
Pag. 1 di 1

PRESCRIZIONE	PREPARAZIONE	SOMMINISTRAZIONE
<input type="checkbox"/> prescrizione sulla STU	<input type="checkbox"/> identificazione del farmaco da preparare	<input type="checkbox"/> identificazione del paziente a cui è prescritta la somministrazione
<input type="checkbox"/> farmaco prescritto	<input type="checkbox"/> identificazione del tipo di soluzione da utilizzare per la diluizione	<input type="checkbox"/> verifica della giusta diluizione prescritta
<input type="checkbox"/> dose del farmaco e posologia	<input type="checkbox"/> correttezza del calcolo della diluizione	<input type="checkbox"/> verifica del corretto calcolo di diluizione
<input type="checkbox"/> via di somministrazione	<input type="checkbox"/> miscelazione del prodotto	<input type="checkbox"/> verifica della via di somministrazione
<input type="checkbox"/> eventuale diluizione e tipo di soluzione con cui effettuare la diluizione	<input type="checkbox"/> etichettatura del prodotto preparato contenete: nome e cognome del paziente, nome e dose del farmaco diluito, velocità di infusione, data e ora della preparazione	<input type="checkbox"/> verifica correttezza della velocità e tempo di somministrazione
<input type="checkbox"/> velocità e tempo di infusione	<input type="checkbox"/> firma del primo operatore (medico o infermiere)	<input type="checkbox"/> registrazione in STU ora inizio e fine somministrazione
	<input type="checkbox"/> firma del secondo operatore (medico o infermiere)	

data _____ ora _____

FIRMA PRIMO OPERATORE (MEDICO O INFERMIERE)

Applicare adesivo con
dati anagrafici del
paziente

FIRMA SECONDO OPERATORE (MEDICO O INFERMIERE)
