

## ALLEGATO 2

Processo di approvvigionamento in caso di inattività della farmacia e modulo richiesta soluzioni di Potassio

### **PERCORSO PER EROGAZIONE DELLE SOLUZIONI DI POTASSIO CONCENTRATE NEGLI ORARI DI CHIUSURA DELLA FARMACIA.**

Negli orari e nei giorni di chiusura della Farmacia, le UU.OO., in caso di necessità, potranno richiedere le fiale di potassio cloruro 2meq/ml, potassio aspartato 3meq/ ml e potassio fosfato 2meq/ml alla Rianimazione, con richiesta nominale prodotta su modello di prescrizione predisposto (vedi allegato), autorizzato all'uso dalla Direzione Sanitaria, mediante opportuna compilazione esotoscizione dello spazio dedicato nel suddetto modulo di prescrizione;

nei casi di emergenza, le UU.OO. potranno richiedere autorizzazione verbale alla Direzione Sanitaria per il ritiro del prodotto presso la Rianimazione, avendo cura di perfezionare la procedura con firma e timbro della Direzione Sanitaria successivamente e nel più breve tempo possibile.

La Rianimazione eroga i prodotti richiesti in emergenza alle UU.OO. e nei giorni successivi provvede a presentare le richieste nominali accolte, alla Farmacia per un reintegro delle proprie scorte.

Il reintegro delle scorte della Rianimazione da parte della Farmacia, potrà avvenire solo se tutte le schede di prescrizione presentate risultano compilate correttamente ed autorizzate dalla Direzione Sanitaria con timbro e firma.

In nessun caso è previsto trasferimenti di soluzioni di potassio tra le strutture.



## AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA FEDERICO II

### Modulo per la richiesta di Soluzioni concentrate di Potassio

|  |   |
|--|---|
| Spazio per Struttura Richiedente   |   |
| DAI.....   | .....                                       |
| U.O. ....  | Centro di costo.....                        |
| RICHIEDE   |   |
| per il paziente  |   |
| Cognome e Nome (iniziali).....   | data di nascita.....                        |
| Cartella clinica n°.....   | Valore potassiemia.....                     |
| per l'indicazione IpoKalemia dovuta a.....   |   |
| .....  |   |
| <input type="checkbox"/> POTASSIO CLORURO 2mEq/ml fl 10ml                                      | Velocità infusione: .....(max40mEq/h)       |
| <input type="checkbox"/> POTASSIO FOSFATO 2mEq/ml fl 10ml                                      | Dose totale nelle 24h. ....(max 200meq/24h) |
| <input type="checkbox"/> POTASSIO ASPARTATO 3mEq/ml fl 10ml                                    |   |
| Nella quantità totale di..... fiale.   |   |
| Cognome e nome medico prescrittore.....<br>(in stampatello)                                    |   |
| Firma e timbro medico prescrittore.....data di prescrizione.....                               |   |
| Spazio per la Farmacia Ospedaliera   |   |
| Quantità erogata totale.....   |   |
| Data .....   | Firma del Farmacista.....                   |
| Spazio riservato alla Direzione Sanitaria in caso di ritiro per urgenza presso la Rianimazione |   |
| Si autorizza la consegna del farmaco sopra richiesto nelle quantità indicate                   |   |
| Firma e timbro Direzione Sanitaria   |   |
| .....  | data.....                                   |