



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA FEDERICO II

Modulo per la richiesta di Soluzioni concentrate di Potassio

Spazio per Struttura Richiedente

DAI.....

U.O. Centro dicosto.....

RICHIEDE

per il paziente:

Cognome e Nome.....data di nascita.....

Cartella clinica n°.....Valore potassiemia.....

per l'indicazione IpoKalemia dovuta a.....

.....

☐ POTASSIO CLORURO 2mEq/ml fl 10ml

Velocità di infusione.....(max 40mEq/h)

☐ POTASSIO ASPARTATO 3mEq/ml fl 10ml

Dose totale nelle24h.....(max 200mEq/24h)

☐ POTASSIO FOSFATO 2 mEq/ ml fl 10ml

Nella quantità totale di.....fiale.

Si raccomanda di utilizzare sempre come prima scelta , ogni volta che è possibile, in base alla Raccomandazione N.1 Ministero della Salute, per evitare il rischio della mancata diluizione e agitazione vigorosa, le sacche pronte Sodio cloruro 0,9%+ Potassio Cloruro 0,3% (KCl 20meq in 500ml soluzione fisiologica), da richiedere alla Farmacia senza particolare formalità.

Cognome e nome medico prescrittore.....
(in stampatello)

Firma e timbro medico prescrittore

.....

data di prescrizione

.....

Spazio riservato al Farmacista

Quantità erogata totale.....

Firma del Farmacista

.....

Spazio riservato per la Direzione Sanitaria in caso di ritiro presso la Rianimazione

Si autorizza la consegna del farmaco sopra richiesto nelle quantità indicate.

Firma del Direttore Sanitario o della persona delegata

data.....

.....

Attenzione! Nel caso di mancato utilizzo, le fiale richieste per singolo paziente devono essere restituite alla Farmacia.