



**MODULO PER RICHIESTA/RESTITUZIONE DI SOLUZIONI CONCENTRATE DI POTASSIO**

L'U.O. di \_\_\_\_\_ del P.O. \_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_\_

RICHIEDE

RESTITUISCE

AI SERVIZIO DI FARMACIA OSPEDALIERA

All'U.O. di \_\_\_\_\_, autorizzata, secondo i dettami procedurali aziendali, a conservare le soluzioni concentrate di potassio.

FARMACO	QUANTITATIVO (ESPRESSO IN FIALE)
<input type="checkbox"/> K flebo 3 mEq/ml-fiale 10 ml	N. FIALE:
<input type="checkbox"/> KCl 2 mEq/ml-fiale 10 ml	N. FIALE:

da utilizzarsi/  utilizzate per il/ la paziente \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_, il giorno \_\_\_\_\_,

ricoverato/a presso la scrivente U.O.

**FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO RICHIEDENTE**

- Il presente modulo applicato alle UU.OO. di Area Critica **non necessita** della compilazione della sezione riferita al paziente, e ha validità ai fini dell'**approvvigionamento abituale**, con firma e timbro del Direttore di UU.OO. richiedente.
- Il presente modulo applicato alle UU.OO. non appartenenti all'Area Critica **richiede** la compilazione della sezione riferita al paziente ai fini dell'**approvvigionamento una tantum**, con firma e timbro del Dirigente Medico prescrittore.
- **Le richieste una tantum** indirizzate alle UU.OO. di Area Critica devono essere sempre seguite da restituzione del farmaco alle medesime UU.OO., previa richiesta alla Farmacia Ospedaliera delle fiale da restituire.
- Il presente modulo deve essere archiviato in originale presso la Farmacia Ospedaliera, ed in copia presso l'U.O. richiedente.
- In orario di chiusura del servizio di Farmacia ospedaliera, il presente modulo, indirizzato ad altra U.O. autorizzata alla conservazione di soluzioni concentrate di potassio, deve essere archiviato in originale presso l'U.O. cedente, ed in copia presso l'U.O. richiedente
- **OGNI TIPOLOGIA DI MOVIMENTAZIONE DI FIALE CONTENENTI SOLUZIONI CONCENTRATE DI POTASSIO NECESSITA DI TRACCIABILITÀ COMPLETA.**