

## MODULO DI PRESCRIZIONE-PREPARAZIONE-SOMMINISTRAZIONE DI SOLUZIONI CONTENENTI POTASSIO

(In caso di prescrizione e somministrazione di soluzioni contenenti potassio, il presente modulo deve essere allegato alla cartella clinica del paziente correttamente compilato in ogni sua parte)

### PRESCRIZIONE

#### UNITÀ OPERATIVA:

PAZIENTE: Cognome ..... Nome..... Data di nascita.....

POTASSIO CLORURO 2mEq/ml-FIALE DA 10 ML

K flebo 3mEq/ml-FIALE DA 10 ML

SACCHE PRONTE da 20 mEq di Potassio Cloruro in Soluzione Fisiologica da 500

DOSE mEq ..... diluito in/con ..... pari a un volume totale di ml.....

Oppure N° di sacche pronte ..... N° somm.ni..... VELOCITA' DI INFUSIONE .....

Via somministrazione  ENDOVENOSA PERIFERICA  ENDOVENOSA CENTRALE

Data ..... ORA inizio somministrazione .....

Firma e timbro del medico del Medico prescrittore.....

### PREPARAZIONE

		PER SECONDA SOMMINISTRAZIONE, SE NECESSARIO
Tipo di soluzione diluente .....		Tipo di soluzione diluente .....
DOSE mEq .....Pari a ml .....della sol. concentrata		DOSE mEq .....Pari a ml .....della sol. concentrata
Sono diluiti in .....con un volume finale di ml .....		Sono diluiti in .....con un volume finale di ml .....
Da somministrare per via : ENDOVENOSA		
<input type="checkbox"/> Etichettare il contenitore della soluzione		<input type="checkbox"/> Etichettare il contenitore della soluzione
Firma dell' operatore sanitario preparatore .....		Firma dell' operatore sanitario preparatore .....
Firma del secondo operatore sanitario che esegue verifica .....		Firma del secondo operatore sanitario che esegue verifica .....

### SOMMINISTRAZIONE

		PER SECONDA SOMMINISTRAZIONE, SE NECESSARIO	
-Verifica etichettatura contenitore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	-Verifica etichettatura contenitore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
-Verifica identità del paziente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	-Verifica identità del paziente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
-Verifica velocità di infusione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	-Verifica velocità di infusione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
-Avvenuta registrazione in:		-Avvenuta registrazione in:	
Cartella clinica		Cartella clinica	
Cartella infermieristica		Cartella infermieristica	
Cartella anestesilogica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cartella anestesilogica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Firma dell'operatore sanitario somministratore.....

Firma del secondo operatore sanitario che esegue verifica .....