

<b><u>SOLUZIONI CONCENTRATE DI POTASSIO</u></b> <b>MODULO PER LA RICHIESTA / RESTITUZIONE ALLA FARMACIA</b>	 <small>BARLETTA-ANDRIA-TRANI</small>
--	---

Da compilarsi a cura della U.O. richiedente:

U.O. _____	
<input type="checkbox"/> <b>RICHIEDE</b>	
<input type="checkbox"/> <b>RESTITUISCE</b>	
Paziente Sig. _____	
Potassiemia accertata: _____ mmol/L – Intervallo Normale: 3,5-5,0 mmol/L	
Per Ipokaliemia dovuta a:	
perdite gastrointestinali (diarrea cronica, una fistola, vomito persistente o abuso di lassativi)	
eccesso di mineralcorticoidi (ad esempio iperaldosteronismo e sindrome di Cushing)	
terapia con glucocorticoidi (ad esempio prednisolone, a causa degli effetti collaterali dei mineralcorticoidi)	
alcalosi metabolica	
farmaco: _____ [ad es.: aminoglicosidi, amfotericina, bicarbonati, corticosteroidi, furosemide, insulina, lassativi, levodopa, penicilline ad alte dosi, salbutamolo (via endovenosa), teofillina e tiazidi]	
la consegna del seguente farmaco	N. fiale _____
POTASSIO CLORURO: (soluz. Ellettrolitica n. 4)	K + 20 mEq _____
K-FLEBO:	K+30 mEq _____
Una quantità totale di N. _____ mEq di Potassio a copertura di tutta la terapia	
Da infondere, preferibilmente tramite pompa volumetrica, per vena	
Centrale	
Periferica	
Alla concentrazione di _____ [max. per via periferica: 20 mEq per 500ml max. per vena centrale: 30 mEq per 500ml tranne emergenza (v. procedura)]	
Alla velocità di _____ (max: 10 mEq/ora tranne emergenza v. procedura)	
Si raccomanda di utilizzare sempre come prima scelta ogni volta che è possibile, in base alla Raccomandazione N.1 del Ministero della Salute, per evitare il rischio della mancata diluizione e della mancata agitazione vigorosa, le sacche pronte contenenti 20 mEq di Potassio in sacca da 500 ml, disponibili normalmente a magazzino senza alcuna particolare formalità.	
Data richiesta _____	
_____ Timbro e firma del Medico richiedente	

Da compilarsi a cura del Farmacista della Farmacia Ospedaliera:

Si autorizza la consegna del farmaco sopra richiesto nella quantità di fiale n. _____	
Firma del Farmacista _____	
Data consegna _____	Firma per ricevuta _____
dell'operatore di reparto addetto al ritiro _____	

\* ATTENZIONE! NEL CASO DI RICHIESTA PERSONALIZZATA DA PARTE DEL REPARTO NON AFFERENTE ALL'AREA CRITICA, LE FIALE NON UTILIZZATE DEVONO ESSERE RESTITuite ALLA FARMACIA