

	Sede legale: Viale Giolitti, 2 15033 Casale Monferrato (AL) Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067		
	Codice: AL.RCRI.032.2011.00	Data emissione: Luglio 2011	Validità dal :Luglio 2011

**SOLUZIONI CONCENTRATE DI POTASSIO**  
**MODULO PER LA RICHIESTA / RESTITUZIONE ALLA FARMACIA**  
**(Aree non critiche)**

Da compilarsi a cura della Struttura richiedente:

La Struttura.....,

**RICHIEDE**

Oppure

**RESTITUISCE**

Paziente Sig. ....

Potassiemia accertata: ..... mmol/L - Intervallo Normale: 3,5-5,0 mmol/L (9)

**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
<input type="checkbox"/> POTASSIO CLORURO: K+ 20 mEq (soluz. elettrolitica n.° 4)	_____
<input type="checkbox"/> K-FLEBO: K+ 30 mEq	_____

una quantità totale di N. \_\_\_\_\_ mEq di Potassio a copertura di tutta la terapia

Da infondere 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 di Sodio Cloruro 0,9% con Potassio Cloruro 0,3% Baxter 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 di consegna.....

Firma per ricevuta  
dell'operatore di reparto addetto al ritiro .....

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

Struttura: SOC RISCHIO CLINICO E RISCHIO INFETTIVO <b>FAX 0142 434614</b> <b>Tel 0142 434612</b>	
--	---