	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.....

RICHIESTE

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 FAX 0142 434614 Tel 0142 434612	
--	---