

RESTITUZIONE SOLUZIONI CONCENTRATE DI POTASSIO

NB: Questo modulo va compilato esclusivamente da una **UU.OO. delle AREE NON CRITICHE** nel caso in cui, per qualunque motivo, non siano state utilizzate una o più fiale contenenti soluzioni concentrate di potassio cedute da una UU.OO di Area critica.

Le fiale di soluzione concentrate di potassio andranno restituite alla U.O. Farmacia Ospedaliera tramite la presentazione di questo modulo nel più breve tempo possibile e comunque non oltre ventiquattro ore dalla cessione

Il sottoscritto Dott.		
Dirigente medico UOC		
Restituisce alla Farmacia Ospedaliera	n. _____ _	Fiale da 10 ml di Potassio Cloruro 2 mEq/ml
Richieste alla U.O. di: (barrare la casella d'interesse)	<input type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione <input type="checkbox"/> Cardiologia <input type="checkbox"/> Nefrologia <input type="checkbox"/> Sala operatoria <input type="checkbox"/> Pronto soccorso	
Per il paziente		
Con diagnosi		
Il farmaco non è stato utilizzato per il seguente motivo:		

Data/...../.....	Timbro e firma del medico
------------------------	---------------------------

Data/...../.....	Per ricevuta UOC Farmacia ospedaliera
------------------------	---------------------------------------