

## RICHIESTA CESSIONE TRA REPARTI DI SOLUZIONI CONCENTRATE DI POTASSIO

NB: La compilazione di questo modulo è riservata alle **UU.OO. delle Aree non critiche e va presentata ad una UU.OO di Area critica** in caso di documentata urgenza, di assenza di formulazioni commerciali prediluite e pronte all'uso e di chiusura della U.O. Farmacia Ospedaliera.

**Per il reintegro delle scorte la UU.OO. di Area critica dovrà presentare questo modulo alla U.O. Farmacia Ospedaliera nel più breve tempo possibile e comunque non oltre ventiquattro ore dalla cessione**

Alla U.O. (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
---	--

<b>Il sottoscritto Dott.</b>		
<b>Dirigente medico UOC</b>		
<b>Chiede che gli vengano fornite</b>	n. _____	<b>Fiale da 10 ml di Potassio Cloruro 2 mEq/ml</b>
<b>Per il paziente</b>		
<b>Con diagnosi</b>		

Il farmaco, in conformità con la procedura aziendale sul Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio (KCl) ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio, verrà utilizzato opportunamente diluito per il suddetto paziente sotto la mia diretta responsabilità.

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