



Azienda
Unità Sanitaria Locale
Latina



REGIONE
LAZIO

MODULO PER IL CORRETTO USO OSPEDALIERO DI SOLUZIONI CONCENTRATE DI POTASSIO

PRESIDIO OSPEDALIERO.....

U.O. _____

Paziente..... sesso /M/ /F/

Cartella Clinica n°.....

PRESCRIZIONE	DATA	ORA	<u>FARMACO PRESCRITTO</u> Principo Attivo soluzioni per Diluizione frequenza somminist/die	VELOCITA'INFUSIONE	FIRMA MEDICO
			_____		_____

PREPARAZIONE (1)	DATA	ORA	<u>FARMACO n°FIALE</u>	DILUIZIONE ML DI DILUENTE Etichetta	FIRMA OPERATORE
SOMMINISTRAZIONE (1)	DATA	ORA inizio	<u>FARMACO DILUITO</u> <u>VOLUME</u>	FINE ORA INFUSIONE	FIRMA OPERATORE
CONTROLLO (1)	DATA	ORA			FIRMA II OPERATORE CONTROLLO
PREPARAZIONE (2)	DATA	ORA	<u>FARMACO n°FIALE</u>	DILUIZIONE ML DI DILUENTE Etichetta	FIRMA OPERATORE
SOMMINISTRAZIONE (2)	DATA	ORA	<u>FARMACO DILUITO</u> <u>VOLUME</u>	FINE ORA INFUSIONE	FIRMA OPERATORE
CONTROLLO (2)	DATA	ORA			FIRMA OPERATORE