

Richiesta di potassio soluzione concentrata

REPARTO/ UNITA' OPERATIVA

CHIEDE

N. _____ fiale di:

- ☐ **Potassio cloruro 2 mEq/ml , fiale da 10 ml**

Da somministrare al paziente

Nome _____ **Cognome** _____

Dose/ die: _____ **durata trattamento** _____

Motivazione della richiesta

Timbro e firma del medico richiedente _____

Data ____/____/____ **ora** _____

Ricevuta Consegna

Data ____/____/____

N° fiale (consegnate) _____

N° lotto _____ **Scadenza** ____/____/____