

RICHIESTA/ RESTITUZIONE DI ELETTROLITI CONCENTRATI

Rev 0.0 2022

Ospedale _____ U. O. _____

SI RICHIEDE

Alla Farmacia

Alla U.O. _____

(per richieste urgenti in orario di chiusura della farmacia ospedaliera)

per il PAZIENTE

Cognome e nome _____ Data di Nascita _____

	Valore rilevato	Valore da raggiungere	Range normalità adulto
Calcio			8,5 – 10,5 mg/dl
Potassio			3,4 – 5,2 mmol/l
Magnesio			1,77-2,58 mg/dl
Cloro			96 – 107 mmol/l
Sodio			132 - 143 mmol/l
pH			7,35 – 7,45

la seguente soluzione concentrata contenente elettroliti:

- denominazione _____
- forma farmaceutica _____
- dose/ die _____
- numero fiale richieste _____

Data _____

Timbro e firma del medico

RESTITUISCE ALLA FARMACIA

la seguente soluzione concentrata contenente elettroliti:

- denominazione _____
- forma farmaceutica _____
- numero fiale _____
- richieste per il paziente _____

Produrre in triplice copia:

Una copia va conservata nella cartella clinica del paziente

Una copia deve essere tenuta agli atti della Farmacia o della Unità operativa cedente

L'ultima copia deve essere inviata dalla U.O. RICEVENTE alla Farmacia. In caso di scambio tra Unità operative, la terza copia va inviata alla Farmacia sia in caso di fiale residue sia in caso non vi siano fiale residue.