



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA - P.IVA 01151150867
**PRESCRIZIONE - DILUIZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI SOLUZIONI
CONCENTRATE DI POTASSIO**

REV 0.0 2022

Ospedale _____ U. O. _____ N° Cartella Clinica _____

PRESCRIZIONE

Cognome e nome paziente _____ Data di Nascita _____

si prescrive la seguente soluzione concentrata contenente elettroliti:

- denominazione _____ mEq/ ml _____
- dose in mEq (indicare i mEq prescritti) _____
- da diluire con _____ ml di _____ (indicare la soluzione)
- soluzione finale _____ ml di _____ (indicare l'elettrolita) con concentrazione di _____
- da infondere tramite vena CENTRALE PERIFERICA
- velocità infusione _____ (per il potassio non superare i 10 mEq/ ora)
- tempo di infusione _____

Data prescrizione _____

Timbro e firma del medico

DILUIZIONE

Data preparazione _____

Cognome e nome paziente _____ Data di Nascita _____

Medicinale prescritto _____ Lotto _____ Scadenza _____

Concentrazione Iniziale mEq/ml.....Volume prelevato ml.....

Tipo di Diluente.....Volume di Diluente.....

Ora inizio preparazione Ora fine preparazione.....

Cognome, nome e Firma di chi esegue la diluizione.....

Cognome, nome e Firma di chi controlla la diluizione.....

SOMMINISTRAZIONE

Cognome e nome paziente _____ Data di Nascita _____

Velocità di infusione prescritta.....

Ora inizio infusione..... Ora fine infusione

Cognome, nome e Firma di chi esegue la somministrazione

Cognome, nome e Firma di chi controlla la somministrazione.....