



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.....