

rev 0.0 2022

**DA APPORRE SULLA SACCA DA INFONDERE**

UO _____			
Paziente			Data di nascita
<input type="checkbox"/> Glucosata 5%	<input type="checkbox"/> Sodio cloruro 0,9%	Volume totale ml _____	Velocità infusione _____ ml/h
<input type="checkbox"/> Potassio aspartato 1 mEq <input type="checkbox"/> Potassio aspartato 3 mEq <input type="checkbox"/> NaCl 2 mEq <input type="checkbox"/> KCl 2 mEq <input type="checkbox"/> MgSO <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> NaHCO <sub>3</sub> <input type="checkbox"/> Calcio gluconato	Numero fiale _____	Vena <input type="checkbox"/> Centrale <input type="checkbox"/> Periferica <input type="checkbox"/> Bolo	
Firma di chi ha avviato la somministrazione			
Firma di chi ha controllato la somministrazione			
Data		Ora	

**DA APPORRE SULLA SACCA DA INFONDERE**

UO _____			
Paziente			Data di nascita
<input type="checkbox"/> Glucosata 5%	<input type="checkbox"/> Sodio cloruro 0,9%	Volume totale ml _____	Velocità infusione _____ ml/h
<input type="checkbox"/> Potassio aspartato 1 mEq <input type="checkbox"/> Potassio aspartato 3 mEq <input type="checkbox"/> NaCl 2 mEq <input type="checkbox"/> KCl 2 mEq <input type="checkbox"/> MgSO <sub>4</sub> <input type="checkbox"/> NaHCO <sub>3</sub> <input type="checkbox"/> Calcio gluconato	Numero fiale _____	Vena <input type="checkbox"/> Centrale <input type="checkbox"/> Periferica <input type="checkbox"/> Bolo	
Firma di chi ha avviato la somministrazione			
Firma di chi ha controllato la somministrazione			
Data		Ora	