

**Check-list di autovalutazione sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate (cloruro di potassio)**

Ospedale _____

UNITA' OPERATIVA _____

Presenza della procedura in luogo accessibile agli operatori	SI	NO
Conoscenza della procedura da parte di tutti i sanitari del settore di pertinenza	SI	NO
Evidenza delle prescrizioni effettuate in modo corretto, secondo procedura	SI	NO
Presenza e corretta gestione di moduli/richieste motivate per l'approvvigionamento da parte di UU.OO. non autorizzate	SI	NO
Presenza in reparto di fiale di CALCIO GLUCONATO 10% quale antidoto in caso di iperpotassiemia iatrogena	SI	NO
Verifica di corretta etichettatura delle fiale dopo diluizione	SI	NO
Evidenza della corretta conservazione delle soluzioni nelle UU.OO. autorizzate	SI	NO
Evidenza di verifica dell'applicazione corretta della procedura	SI	NO

Data _____

Cognome Nome e firma leggibile del compilatore _____

Da far pervenire, debitamente compilata, entro il 31 gennaio di ogni anno alla UOC Farmacia ospedaliera e alla UOS Qualità e Rischio Clinico