



Modulo di approvvigionamento
per scorta reparto di soluzioni
concentrate contenenti potassio

Codice: MODFARM01

Data: 26 aprile 2022

Revisione: 3

Cdc S.C. Richiedente
(selezionare)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cardiologia UTIC (cdc ____) | <input type="checkbox"/> Medicina d'Urgenza*(cdc 400) |
| <input type="checkbox"/> Nefrologia Rep (cdc 1300) | <input type="checkbox"/> MCAU Terapia Semintensiva
(cdc 404) |
| <input type="checkbox"/> Emodialisi (1302) | <input type="checkbox"/> Medicina Interna* (cdc ____) |
| <input type="checkbox"/> Pronto Soccorso (cdc 3600) | <input type="checkbox"/> Medicina Interna Semintensiva
(cdc 1404) |
| <input type="checkbox"/> Sala operatoria (cdc ____) | <input type="checkbox"/> Medicina COVID* (cdc ____) |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia* (cdc 1800) | <input type="checkbox"/> Rianimazione (cdc 2000) |
| <input type="checkbox"/> Neurologia* (cdc 1100) | <input type="checkbox"/> Rianimazione COVID (cdc 90) |
| <input type="checkbox"/> Oncologia * (cdc 1002) | |
| <input type="checkbox"/> Ortopedia*(cdc 2600) | |
- CAVS sede di Canale (cdc 5910)

Si richiedono a:

o **S.C. Farmacia**

o **Altra S.C.** _____

(Nel caso la Farmacia sia chiusa, se l'approvvigionamento viene effettuato presso un'altra SC, la SC fornitrice deve far pervenire comunque questo modulo alla Farmacia.)

- n° _____ fiale di **Potassio cloruro (KCl) 2 mEq/ml F.4 da 10 ml**
- n° _____ fiale di **Potassio aspartato 3 mEq/ml da 10 ml**
- n° _____ fiale di **Potassio fosfato 2mEq/ml fiale da 10 ml**

Data, _____

Timbro e firma

del Dirigente Medico richiedente
