

	Modulo di richiesta farmaci a base di Clorexidina 2% alcool 70%	Codice: MODFARM66
		Data: 25/08/2025
		Rif. Prot. 8686335 del 25/08/2025

### Modulo di richiesta farmaci a base di Clorexidina 2% alcool 70%

Reparto/servizio \_\_\_\_\_ CDC \_\_\_\_\_

Si richiede la fornitura di:

Codice magazzino	Descrizione prodotto	QUANTITA' IN PEZZI (confezioni da 25 pezzi)	Indicazione di utilizzo secondo indicazioni aziendali
1000411	D_CHLORAPREP INCOLORE+1APPL <b>3ML</b>		Inserimento di catetere venoso periferico
			Medicazione CVC
			Dialisi
1000412	D_CHLORAPREP INCOLORE+1APPL <b>1ML</b>		Prelievo arterioso
			Emocoltura
			Biopsia/punture esplorative (esclusa puntura lombare)
1000409	D_CHLORAPREP COLOR* <b>10,5ML</b> 1APPLIC		Inserimento di catetere venoso periferico
			Inserimento CVC/catetere arterioso
1000410	D_CHLORAPREP COLOR* <b>26ML</b> 1APPLIC - AIC.040409043		Inserimento CVC/catetere arterioso

Il Coordinatore infermieristico

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

NB. Inviare il presente modulo all'indirizzo [galenicoverduno@aslcn2.it](mailto:galenicoverduno@aslcn2.it) (tel 8440-4846)