



**Procedura Generale Aziendale
PGA RCFOFT ASL AL 03
PROTOCOLLO PER IL CORRETTO UTILIZZO
DELLE SOLUZIONI CONCENTRATE DI POTASSIO
e DI SODIO**

Data di emissione:
Luglio 2011
Revisione n° 01
Gennaio 2024
pag. 1 di 1

Allegato n° 2

**SOLUZIONI CONCENTRATE DI POTASSIO
MODULO PER LA RICHIESTA / RESTITUZIONE ALLA FARMACIA
(Aree non critiche)**

(da compilarsi a cura della Struttura richiedente)

La Struttura

RICHIEDE

Oppure

RESTITUISCE

Paziente Sig.

Potassiemia accertata: mmol/L - Intervallo Normale: 3,5-5,0 mmol/L (9)

Per Ipokaliemia dovuta a:

- perdite gastrointestinali (diarrea cronica, una fistola, vomito persistente o abuso di lassativi)**
- eccesso di mineralcorticoidi (ad esempio iperaldosteronismo e sindrome di Cushing)**
- terapia con glucocorticoidi (es. prednisolone, a causa degli effetti collaterali dei mineralcorticoidi)**
- alcalosi metabolica**
- farmaco: _____ (ad es.: aminoglicosidi, amfotericina, bicarbonati, corticosteroidi, furosemide, insulina, lassativi, levodopa, penicilline ad alte dosi, salbutamolo (via endovenosa), teofillina e tiazidi)**

la consegna del seguente farmaco

N° fiale

- | | | |
|---|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> POTASSIO CLORURO | K+20 mEq | _____ |
| (elettrolitica n°4) | | |
| <input type="checkbox"/> K-FLEBO | K+30 mEq | _____ |

una quantità totale di N. ___mEq di Potassio a copertura di tutta la terapia

Fare riferimento a quanto riportato al paragrafo 6.7 (pagina 7), della Procedura dedicata, per quanto conerne alla concentrazione del Potassio nonché alla velocità di infusione.

Si raccomanda di utilizzare sempre come prima scelta ogni volta che è possibile, in base alla Raccomandazione N.1 del Ministero della Salute, per evitare il rischio della mancata diluizione e della mancata agitazione vigorosa, le sacche pronte di Sodio Cloruro 0,9% con Potassio Cloruro 0,3% Baxter 20 mEq di Potassio in sacca da 500 ml, disponibili normalmente a magazzino senza alcuna particolare formalità.

Data richiesta,

.....

Timbro e Firma del medico

(da compilarsi a cura del Farmacista della Farmacia Ospedaliera)

Si autorizza la consegna del farmaco sopra richiesto nella quantità di fiale n. _____

Firma del Farmacista

Data di consegna.....

Firma per ricevuta dell'operatore di reparto addetto al ritiro

.....

ATTENZIONE! Nel caso di richiesta personalizzata da parte di un reparto **NON AFFERENTE all'AREA CRITICA**, le fiale **NON UTILIZZATE** devono essere **RESTITUITE ALLA FARMACIA**