

Allegato n. 2

**MODULO PER LA CESSIONE DI SOLUZIONI CONCENTRATE DI POTASSIO CLORURO ED ALTRE
SOLUZIONI CONCENTRATE CONTENENTI POTASSIO TRA UNITÀ OPERATIVE**

(da compilarsi con mezzo indelebile a cura della struttura richiedente)

(Timbro dell'UO richiedente)

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

per motivi di urgenza, richiede n° _____ fiale di: _____

Alla concentrazione di: ☐ 2 mEq/ml ☐ 3 mEq/ml

Data della richiesta ____/____/____

Timbro e firma del medico dell'UO richiedente _____

(da compilarsi con mezzo indelebile a cura della struttura cedente)

(Timbro dell'UO cedente)

Medicinale Ceduto _____

Alla concentrazione di: ☐ 2 mEq/ml ☐ 3 mEq/ml

N° di fiale cedute _____ Data consegna ____/____/____

Timbro e firma del medico dell'UO cedente _____

Originale: da conservare presso l'Unità Operativa cedente

1 copia della richiesta evasa: da conservare presso l'Unità Operativa richiedente

1 copia della richiesta evasa: da inviare alla Farmacia Ospedaliera