



AOU Sassari

Direzione Sanitaria

Servizio Farmacia



MODULO PER LA RICHIESTA DI SOLUZIONI CONCENTRATE DI POTASSIO CLORURO ED ALTRE SOLUZIONI CONCENTRATE CONTENENTI POTASSIO ALLA FARMACIA OSPEDALIERA DELLA ASL N. 1 DI SASSARI

(da compilarsi con mezzo indelebile)

_____ (Timbro della U.O. Richiedente)

Codice del Centro di Costo

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

richiede n° _____ fiale di: _____

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

Data _____

TIMBRO DEL MEDICO

FIRMA DEL MEDICO
