



ALLEGATO 1

**MODULO PER LA RICHIESTA DI SOLUZIONI CONCENTRATE DI POTASSIO CLORURO ED
ALTRE SOLUZIONI CONCENTRATE CONTENENTI POTASSIO ALLA FARMACIA
OSPEDALIERA DELL'AOU 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: 2mEq/ml 3mEq/ml

Data _____

TIMBRO DEL MEDICO

FIRMA DEL MEDICO
