



ALLEGATO 2

MODULO PER LA CESSIONE DI SOLUZIONI CONCENTRATE DI POTASSIO CLORURO ED ALTRE SOLUZIONI CONCENTRATE CONTENENTI POTASSIO TRA UNITA' OPERATIVE

(da compilarsi con mezzo indelebile)

(Timbro della U.O. Richiedente)

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

Per motivi di urgenza, richiede n° _____ fiale di _____

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

Data _____

TIMBRO DEL MEDICO

FIRMA DEL MEDICO

(Timbro della U.O. Cedente)

Medicinale Ceduto _____

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

N° fiale cedute _____

TIMBRO DEL MEDICO

FIRMA DEL MEDICO
