REGIONE LAZIO

SALUTE LAZIO
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Piano Terapeutico

Kayexalate® · (*Polistirene sulfonato sodico)*

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____ Sesso: ☐ M ☐ F

Codice fiscale:_____

ASL di appartenenza: _____ Regione: _____

Medico curante: _____

Diagnosi

Iperkaliemia: _____

Diagnosi formulata in data: _____

Centro prescrittore: _____

Medico specialista: _____

Recapito telefonico / e-mail:_____

☐ Reparto ☐ Day hospital ☐ Ambulatorio ☐ Altro

Unità operativa / Servizio:_____

Prescrizione

Farmaco: Kayexalate *Principio attivo*: polistirene sulfonato sodico

☐ Prima prescrizione ☐ Prosecuzione della cura

Creatinina / eGFR

Via di somministrazione

Dose per somministrazione (grammi)

Numero somministrazioni/die

Numero di confezioni al mese

Durata prevista del trattamento

Data del controllo successivo

Data: _____

Timbro e firma del medico prescrittore

Timbro del Centro