

DELEGERING AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSUPPGIFT

Sjuksköterska

Nedanstående person har erhållit instruktion och undervisning för att utföra följande arbetsuppgift(er). Hen äger rätt att självständigt utföra uppdraget som är markerat med X.

Yrkestitel	Namn
Personnummer	Arbetsplats och enhet delegering gäller på

Delegeringen avser:

Läkemedel

- Administrera inhalationsbehandling
- Administrera iordningställt läkemedel från dospåse/dosett
- Iordningställa och administrera läkemedelsplåster
- Iordningställa och administrera flytande
- Iordningställa och administrera från originalförpackning
- Iordningställa och administrera vid behovsläkemedel enligt ordinationshandling

- Utlämna dosrulle, iordningsställd dosett eller läkemedel i originalförpackning
- Utlämna dosrulle i läkemedelsrobot

- Administrera blodförtunnande injektion vid långtidsbehandling
- Iordningställa och administrera **insulin**injektion med insulinpenna
- Iordningställa och administrera **Byetta** med injektionspenna
- Iordningställa och administrera **Victoza** med injektionspenna
- Iordningställa och administrera **Eporatio** med injektionspenna, efter godkännande av MAS
- Iordningställa och administrera **Forsteo** med injektionspenna, efter godkännande av MAS
- Iordningställa och administrera **Trulicity** med injektionspenna, efter godkännande av MAS

- Lecigonpump – Start och avstängning, efter godkännande av MAS

- Syrgasbehandling (Sätta på/stänga av)
- Syrgasbehandling: Justering av dos enligt ordination, efter godkännande av MAS

- Iordningställande av läkemedel i enkel dosett, efter godkännande av MAS
- Iordningställande av Waran/Warfarin i dosett, efter godkännande av MAS

Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgift - sjuksköterska

Sida 1 av 3

Kopia på utställd delegering skickas till MAS för kännedom och arkivering OF110 ME/CY/MJ 220909

Gastrostomi/Nasogastrisk sond

- Gastrostomi: Läkemedelsadministrering
- Gastrostomi: Skötsel
- Gastrostomi: Sondmatning
- Kuffkontroll: MIC-KEY knapp, efter godkännande av MAS
- Nasogastrisk sond: Läkemedelsadministrering
- Nasogastrisk sond: Skötsel
- Nasogastrisk sond: Sondmatning

Övriga hälso- och sjukvårdsuppgifter

- Blodsockermätning
- Byte av sensor för blodsockermätning
- Benlindning: Kohesiva lindor
- Benlindning: Kortsträckta/Lågelastiska lindor
- Benlindning: Långsträckta/Högelastiska lindor
- Pumpstövel
- Såromläggning
- Stomivård: Kolostomi/Ileostomi
- Nefrostomi: Omläggning
- Urostomi: Omläggning/Spolning
- RIK – Ren intermittent kateterisering
- KAD: Byte
- KAD: Spolning
- Kuffkontroll urinkateter
- Venprovtagning. Ej blodgruppering
- Sugning av övre luftvägar/munhåla
- Buktapning med PleurX system, efter godkännande av MAS
- Pleuratapning med PleurX system, efter godkännande av MAS

Trakeostomivård

- Trakeostomi/Respirator: Trakeostomivård
- Trakeostomi/Respirator: Respiratorvård
- Trakeostomi/Respirator: Andningshjälp med andningsballong
- Trakeostomi/Respirator: Hostmaskinbehandling
- Trakeostomi/Respirator: Sugning av nedre luftvägar

Övrig delegering

- Övrig delegering:

.....

.....

Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgift - sjuksköterska

Sida 2 av 3

Kopia på utställd delegering skickas till MAS för kännedom och arkivering OF110 ME/CY/MJ 220909

Delegering är giltig

Från och med	Till och med
Datum	Datum

Underskrift sjuksköterska/distriktssköterska

Datum	Namnteckning och namnförtydligande
-------	------------------------------------

Underskrift delegat

Jag åtager mig härmed ovanstående delegeringsuppdrag då jag enligt min egen bedömning har erforderlig reell kompetens. Jag är väl medveten om att jag personligen inom ramen för mitt yrkesansvar ansvarar för ett sakkunnigt och omsorgsfullt utförande. Jag känner till gällande författningar, SOSFS 1997:14 "Föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård", SOSFS 2000:1, "Föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården" § 18 HSL, 1998:531 "Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område" samt "Instruktioner för kommunal läkemedelshantering i Kronobergs län".

Datum	Namnteckning och namnförtydligande
-------	------------------------------------

Uppföljning/Förlängning

Uppföljning /sign delegat och sjuksköterska (6 veckor)	Datum
Uppföljning /sign delegat och sjuksköterska (6 månader)	Datum
Förlängning /sign delegat och sjuksköterska	Gäller t.o.m.
Uppföljning /sign delegat och sjuksköterska	Datum
Förlängning /sign delegat och sjuksköterska	Gäller t.o.m.