

MARIESTADS KOMMUN.

Härmed delegerar undertecknad till:

Personnummer.

Namn.

Befattning.

Arbetsplats.

för vilken jag bedömer har kunskap om, samt kan utföra följande arbetsuppgift(-er) på ett tillfredsställande sätt, dvs är reellt kompetent. (markera med kryss)

[]

- [] Att överlämna läkemedel som iordningställts i patientdos av sjuk.sköt./distr. sköt. eller apotek och som inte är avsett för injektion.
- [] Att iordningställa och överlämna vissa ordinerade läkemedel, såsom flytande läkemedel, suppositorier, vagitorier, inhalationer, ögon- och örondroppar
- [] Att iordningställa samt injicera ordinerad insulindos med insulinpenna subcutant till person med stabil plasmaglukos.
- [] Att efter samråd med tjänstgörande sjuk.sköt./distr. sköt. överlämna läkemedel ur originalförpackning vad gäller vid behovs- medicin.
- [] Att utföra ordinerad såromläggning.
- [] Att utföra ordinerad trycksårsbehandling.
- [] Att spola KAD i urinblåsa i okomplicerade fall.
- [] Att byta KAD i urinblåsa i okomplicerade fall.
- [] Att dokumentera utförda arbetsuppgifter.
- [] Att rapportera alla ev. förändringar i patientens tillstånd till sjuksköt./distr. sköt.

Delegeringen gäller under tiden: _____

Namnunderskrift och datum: _____

(den som delegerar)

Undertecknad åtager sig arbetsuppgiften (-erna) och är införstådd med att fullt yrkesansvar följer densamma. Arbetsuppgifterna innebär att jag betraktas som hälso- och sjukvårdspersonal och därmed gäller "Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område" även mig, dvs. jag bär själv ansvaret för hur jag fullgör mina arbetsuppgifter. Jag är dessutom medveten om att jag skall rapportera alla förändringar i patientens tillstånd till sjuksköterska/distriktssköterska. I mitt ansvar ingår också att dokumentera utförda arbetsuppgifter.

Delegeringen är personlig och jag kan inte delegera den vidare till annan medarbetare. Jag har tagit del av SFS 1998:531, SOSFS 2001:17 och SOSFS 1997:14.

Namnunderskrift och datum: _____

(den som blivit delegerad)

(Signatur)

MARIESTADS KOMMUN

Härmed delegerar undertecknad till:

Personnummer.

Namn.

Befattning.

Arbetsplats.

för vilken jag bedömer har kunskap om, samt kan utföra följande arbetsuppgift(-er) på ett tillfredsställande sätt, dvs är reellt kompetent. (markera med kryss) []

[] Att tillföra sondmat i ventrikelsond eller PEG- sond

[] Att suga övre luftvägar hos: _____

[] Att utföra ordinerad inhalationsbehandling i medicinteknisk produkt

[] Att handha den kontinuerliga syrgastillförseln till: _____

[] Att mata person med uppenbara sväljningssvårigheter _____

[] _____

[] Att dokumentera utförda arbetsuppgifter.

[] Att rapportera alla ev. förändringar i patientens tillstånd till tjänstgörande distriktssköterska/sjuksköterska.

Delegeringen gäller under tiden: _____

Namnunderskrift och datum: _____
(den som delegerar)

Undertecknad åtager sig arbetsuppgiften (-erna) och är införstådd med att fullt yrkesansvar följer densamma. Arbetsuppgifterna innebär att jag betraktas som hälso- och sjukvårdspersonal och därmed gäller "Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område" även mig, dvs. jag bär själv ansvaret för hur jag fullgör mina arbetsuppgifter. Jag är dessutom medveten om att jag skall rapportera alla förändringar i patientens tillstånd till distriktssköterska/sjuksköterska. I mitt ansvar ingår också att dokumentera utförda arbetsuppgifter.

Delegeringen är personlig och jag kan inte delegera den vidare till annan medarbetare. Jag har tagit del av SFS 1998:531, SOSFS 2001:17 och SOSFS 1997:14.

Namnunderskrift och datum: _____
(den som blivit delegerad) (Signatur)

MARIESTADS KOMMUN.

Härmed delegerar undertecknad till:

Personnummer.

Namn.

Befattning.

Arbetsplats.

för vilken jag bedömer har kunskap om, samt kan utföra följande arbetsuppgift(-er) på ett tillfredsställande sätt, dvs är reellt kompetent. (markera med kryss) []

[] **Värme - Kyla.**

[] **TENS.**

[] **Träning enligt program.**

[] **Kontrakturprofylax.**

[] **Paraffinbad.**

[] **Att dokumentera utförda arbetsuppgifter.**

[] **Att rapportera alla ev. förändringar i patientens tillstånd till Sjukgymnast/Arbetsterapeut.**

[] _____

[] _____

Delegeringen gäller under tiden: _____

Namnunderskrift och datum: _____
(den som delegerar)

Undertecknad åtager sig arbetsuppgiften (-erna) och är införstådd med att fullt yrkesansvar följer densamma. Arbetsuppgifterna innebär att jag betraktas som hälso- och sjukvårdspersonal och därmed gäller "Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område." även mig, dvs jag bär själv ansvaret för hur jag fullgör mina arbetsuppgifter. Jag är dessutom medveten om att jag skall rapportera alla förändringar i patientens tillstånd till sjukgymnast/arbetsterapeut. I mitt ansvar ingår också att dokumentera utförda arbetsuppgifter. Delegeringen är personlig och jag kan inte delegera den vidare till annan medarbetare. Jag har tagit del av SFS 1998:531 och SOSFS 1997:14.

Namnunderskrift och datum: _____
(den som blivit delegerad) (signatur)

Förlängning av delegering

Namn: _____

Födelsedata: _____

OBS! Måste kopieras på baksidan av samma papper som primärdelegeringen!

Sparas minst 3 år efter att beslutet upphört att gälla!

Fr. o. m.- t.o.m. (år, månad och dag)	Namnunderskrift och datum (den som delegerar)	Namnunderskrift och datum (den som delegeras)

OBS!

Delegeringsbeslutet fattas av sjuksköterska/distriktssköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast. Originalen förvaras på enheten. OBS. att originalet skall sparas minst tre år efter att beslutet upphört att gälla.

Arbetsuppgiften kan inte åläggas den anställda utan arbetsledarens vetskap!

Medicinskt ansvarig sjuksköterska är ytterst ansvarig för att delegering sker på ett korrekt sätt!