

## Delegeringsbeslut

Uppgifter om delegeringsmottagare	
Namn:	
Personnummer:	
Yrkestitel:	
Arbetsplats:	

Undertecknad åtar sig arbetsuppgiften (-erna) och är införstådd med att fullt yrkesansvar medföljer uppgiften enligt SOSFS 1997:14, SFS 2010-659, HSLF-FS 2017-37. När en delegeringsuppgift utförs innebär det att jag betraktas som hälso- och sjukvårdspersonal vilket innebär att jag bär själv ansvaret för hur jag fullgör mina arbetsuppgifter. Jag är medveten jag skall rapportera alla förändringar i patientens tillstånd till sjuksköterska och fråga sjuksköterska vid minsta osäkerhet. I mitt ansvar ingår också att dokumentera utförda arbetsuppgifter och rapportera avvikelser. Delegeringen är personlig och gäller högst 1 år kan inte delegeras vidare till annan medarbetare.

Datum:	Ort:
Underskrift delegerad medarbetare:	Namnförtydligande delegerad medarbetare:

Undertecknad delegerande sjuksköterska tar ansvar för att gå igenom checklista för delegering av läkemedel och eventuellt insulin samt att delegerad person har erhållit undervisning, instruktion, genomgått kunskapskontroll och bedöms reellt kompetent för angivna arbetsuppgifter. Jag ansvarar för att säkerställa att delegerad person har förstått instruktionerna samt att följa upp hur arbetsuppgifterna utförs.

Datum:	Ort:
Underskrift delegerande sjuksköterska:	Namnförtydligande delegerande sjuksköterska:

Förnyad delegering efter 1 år	
Datum:	Ort:
Underskrift delegerad medarbetare:	Namnförtydligande delegerad medarbetare:
Underskrift delegerande sjuksköterska	Namnförtydligande delegerande sjuksköterska

## Delegerade arbetsuppgifter

Läkemedelsdelshantering	Datum	Delegerande Signatur
Överlämning av <b>jordningställda läkemedelsdoser</b> (dospåse, dosett) efter kontroll mot ordinationshandling och signeringslista.		
<b>Iordningsställa, bedöma rimligheten och överlämna nedanstående flytande läkemedel och tarmreglerande läkemedel efter kontroll mot ordinationshandling och signeringslista.</b>		
Flytande läkemedlets namn:		
Flytande läkemedlets namn:		
Flytande läkemedlets namn:		
Flytande läkemedlets namn:		
Administration av <b>nässpray</b> efter kontroll mot ordinationshandling och signeringslista.		
Administration av <b>ögondroppar</b> efter kontroll mot ordinationshandling och signeringslista.		
Administration av <b>örondroppar</b> efter kontroll mot ordinationshandling och signeringslista.		
Administration av <b>munskölj</b> efter kontroll mot ordinationshandling och signeringslista.		
Iordningsställa och överlämna <b>vidbehovs läkemedel, efter kontakt med sjuksköterska</b> samt efter kontroll mot ordinationshandling och signeringslista.		
Administrera <b>inhalation</b> av läkemedel efter kontroll mot ordinationshandling och signeringslista.		
Administrera <b>salvor och krämer</b> efter kontroll mot ordinationshandling och signeringslista.		
Subkutana injektioner	Datum	Delegerande Signatur
<b>Iordningsställa och ge insulin med insulinpenna, vid stabilt blodsocker,</b> efter kontroll mot ordinationshandling och signeringslista enbart till nedanstående vårdtagare		
Namn:	Personnr:	
Namn:	Personnr:	

Namn:	Personnr:		
Namn:	Personnr:		
Namn:	Personnr:		
Namn:	Personnr:		
Namn:	Personnr:		
Namn:	Personnr:		
Namn:	Personnr:		
Namn:	Personnr:		
Namn:	Personnr:		
Namn:	Personnr:		
<b>Injektion Fragmin/Innohep</b>			
<b>Övrigt</b>		<b>Datum</b>	<b>Delegerande Signatur</b>
Kapillär provtagning av blodglukos			
Venprovtagning (ej blodgruppering eller bastest)			
Kateterspoling okomplicerade fall.			
Benlindning			
<b>Sondmatning via PEG utan andra infarter till nedanstående vårdtagare</b>			
Namn:	Personnr:		
Namn:	Personnr:		
Namn:	Personnr:		
Namn:	Personnr:		

**Såromläggning/sårbehandling enligt upprättad vårdplan och ordination under förutsättning att såret har gått över i läkningsfas för vårdtagare.**

Namn:	Personnr:		
Namn:	Personnr:		
Namn:	Personnr:		
Namn:	Personnr:		
<b>Övrigt</b>		<b>Datum</b>	<b>Delegerande Signatur</b>