

Dokumentnamn Mall 20b Delegeringsbeslut avseende läkemedelshantering	Bevaras	 VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
--	---------	--

Delegeringsbeslut avseende läkemedelshantering

Som övergripande princip gäller att kravet på att god och säker vård måste tillgodoses vid delegering av läkemedelshantering.

Endast av verksamhetschef utsedd sjuksköterska/tandläkare/läkare får delegera moment inom läkemedelshantering (se mall 20a).

Den som mottar en delegering av läkemedelshantering ska genomgå utbildning inom följande områden:

- Allmänt vad som gäller vid delegering
- Basutbildning om läkemedelshantering
- Journalföring av läkemedel
- Riktade utbildningar för delegerade moment

Förfarande av delegering inom läkemedelshantering baseras på HSLF-FS 2017:37 med tillhörande regionala riktlinjer, samt föreskriften om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård, SOSFS 1997:14.

Gäller på vårdenhet:

Härmed delegeras nedanstående moment:

Iordningställande av läkemedel Ja: ☐ Nej: ☐

Administrering av läkemedel Ja: ☐ Nej: ☐

Överlämnande av läkemedel Ja: ☐ Nej: ☐

Förutsättningar

Läkemedel/läkemedelsgrupp¹⁾:

Gällande situationer²⁾:

Övriga anmärkningar:

- 1) Ange ett eller flera läkemedelsnamn, substansnamn eller ATC-kod, samt beredningsformer
- 2) Ange i vilka situationer delegering kan bli aktuellt, t ex katetersättning eller liknande

Dokumentnamn Mall 20b Delegeringsbeslut avseende läkemedelshantering	Bevaras	 VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
--	---------	--

Dokumenterad kompetens hos den som mottar delegeringen:

Basutbildningar

Datum

Basutbildning om allmänna regler vid delegering

Basutbildning om läkemedelshantering

Utbildning angående journalföring av läkemedel

Sign delegerande sjuksköterska/tandläkare/läkare

Godkänt resultat kunskapstest

Riktade utbildningar för delegerade moment

Ange utbildning

Ange utbildning

Ange utbildning

Ange utbildning

Ange utbildning

Ange utbildning

Sign delegerande sjuksköterska/tandläkare/läkare

Jag accepterar ovanstående delegering

Ort

Datum

Namnförtydligande och yrkestitel

VGR id

Namnteckning

Namnförtydligande delegerande sjuksköterska/tandläkare/läkare

Namnteckning

Uppdraget gäller från 20 ____ - ____ - ____ till 20 ____ - ____ - ____ (maximalt 12 månader)

Ovanstående delegering har upphört

Ort

Datum

Namnförtydligande Verksamhetschef/Vårdenhetschef

Namnteckning