

## Delegering av medicinska arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården

Arbetsplats (äldreboende)	Avdelning
Delegeringsmottagare – Texta tydligt	Personnummer

### Delegeringen gäller för tiden

datum, från och med	datum, till och med
-----	-----

### Delegerade uppgifter får utföras på ovanstående arbetsplats Var och en av de uppgifter som delegeras signeras av delegeringsgivaren

<input type="checkbox"/> Överlämnande av ordinerad iordningställd läkemedelsdos ur doseringshjälpmedel, ej avsedd för injektion. Vid behovsläkemedel får ges endast efter kontakt med sjuksköterska		
<input type="checkbox"/> Spola urinkateter i okomplicerade fall	<input type="checkbox"/> Iordningställa och ge receptfritt tarmreglerande medel	<input type="checkbox"/> Blodtryck
<input type="checkbox"/> Ge insulin med insulinpenna	<input type="checkbox"/> Kontrollera blodsockervärde + kalibrera apparat	<input type="checkbox"/> Venprovtagning
<input type="checkbox"/> Ge laxermedel rektalt	<input type="checkbox"/> Iordningställa och administrera inhalation i inhalator	<input type="checkbox"/> Ge suppositorier
<input type="checkbox"/> Ge ögondroppar / salva	<input type="checkbox"/> Ge vagitorier	

### Insulindelegering för vårdtagare

Namn	Namn
Namn	Namn
Namn	Namn
Namn	Namn

### Delegering sondmatning i PEG för vårdtagare

Namn	Namn
------	------

### Annandelegerad medicinsk arbetsuppgift

--

Jag har förvisat mig om att delegeringsmottagaren innehar reell kompetens att utföra arbetsuppgifter

Underskrift, delegeringsgivare	Namnförtydligande
Yrkestitel	Datum

Jag är villig, och anser mig ha den reella kompetensen att åta mig arbetsuppgiften/-erna och ansvarar personligen för utförandet enligt gällande författningar. Jag är klart medveten om att delegeringen inte får delegeras vidare samt hur jag ska göra om något blir fel.

Underskrift, mottagare av delegering	Namnförtydligande
Signatur	Datum

Original behålles av delegeringsmottagare. Kopia till HSL personal och enhetschefer.