

Detta dokument används om delegering av någon anledning inte kan utfärdas digitalt i gällande verksamhetssystem. Original arkiveras på utfärdarens arbetsplats. Kopia till delegat och dennes enhetschef.

Namn på person som får delegering	Personnummer		
Delegering för arbetsplats (ordinarie)	Befattning		
Delegering gäller även inom			
Ovanstående person har reell kompetens för att självständigt och enligt föreskrifter utföra nedanstående arbetsuppgift(er)	Datum	Sign	
Överlämna iordningställda läkemedelsdoser och övervaka intag			
Administrera ögondroppar/ögonsalva, örondroppar/öronsalva samt hudläkemedel			
Iordningställa och överlämna flytande tarmreglerande läkemedel enligt ordination. Iordningställa och vara behjälplig vid inhalation			
Applicera depotplåster enligt ordination			
Applicera suppositorier, vagitorier och administrera klysmalavemang enligt ordination			
Ta läkemedel ur originalförpackning, överlämna och övervaka intag av behovsläkemedel efter kontakt med sjuksköterska.			
Iordningställa och injicera ordinerad dos insulin med insulinpenna vid stabilt p-glukosvärde			
Utföra enteral nutrition via gastromi t.ex PEG			
Administrera syrgasbehandling enligt ordination			
Utföra såromläggning enligt ordination			
Kompressionsbehandling av ben enligt ordination			
Iordningställa förfylld spruta och injicera antitrombosmedel enligt ordination			
Detta uppdrag skall omprövas vid behov, dock senast ett år efter undertecknandet. Omprövas alltid om delegerande sjuksköterska slutar sin tjänst Delegering gäller fr.o.m.t.o.m..... Delegering återkallas/avslutas av(sign).....datum.....			

Jag har fått utbildning och är väl förtrogen med arbetsuppgiften och med innehållet i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälsa- och sjukvården och Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659)

Datum

Underskrift och namnförtydligande

Signatur

.....

Sjuksköterska/distriktssköterska

.....

Uppgiftsmottagare

Kontrasigneringar:

Används då grundutbildningen för ovanstående arbetsuppgift skett av annan distriktsköterska eller omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

dist.sköt/ omvårdnadsansvarig ssk

fr.o.m _____ t.o.m _____

dist.sköt/ omvårdnadsansvarig ssk

fr.o.m _____ t.o.m _____