

RAJATTU LÄÄKEHOIDON LUPATODISTUS LYHYTAIKAISILLE SIJAISILLE (alle 3 kk)

Näytön antajan nimi: _____

Työtehtävä: _____

Työyksikkö: _____

Lääkehoidon lupa suoritettu seuraavin osin:

1. p.o lääkkeiden antaminen dosetista asukkaalle

Näyttö suoritettu hyväksytysti (pvm):

Näytön vastaanottajan allekirjoitus:

2. s.c injektion käyttökuntoon saattaminen ja antaminen asiakkaalle

Näyttö suoritettu hyväksytysti (pvm):

Näytön vastaanottajan allekirjoitus:

Esimiehen allekirjoitus ja pvm: _____

Lääkärin allekirjoitus ja pvm: _____

Lupa on voimassa 2 vuotta.