



DELEGERING inom Solna stad.

Nedanstående person har erhållit undervisning, instruktion med kunskapskontroll angående utförandet av rubricerade uppgifter som är daterade och signerade på baksidan. Hon/han äger rätt att självständigt och enligt föreskrifter utföra uppdraget.

Namn	Personnummer
Arbetsplats	Befattning

Delegeringen är tidsbegränsad till högst 1 år och gäller

från _____ till _____ sign. _____

Förlängd: från _____ till _____ sign. _____

Förlängd: från _____ till _____ sign. _____

Förlängd: från _____ till _____ sign. _____

Återkallad/ Avslutad : _____ sign. _____

Datum:

Delegerande:

.....

(Omprövas om utfärdande sjuksköterska, fysioterapeut eller arbetsterapeut slutar sin tjänst)

Undertecknad accepterar uppdraget och är medveten om sitt yrkesansvar vid utförande av arbetsuppgifterna. Arbetsuppgiften innebär att jag betraktas som hälso- och sjukvårdspersonal. Jag bär själv ansvaret för hur jag fullgör mina arbetsuppgifter.

Datum

Namnunderskrift (*delegationsmottagare*)

.....

Signatur

Signaturförtydligande

.....

Originalblankett till den som utfärdat delegeringen

Kopia till den som mottagit delegering samt till mottagarens verksamhetschef

Beslutet sparas i 3 år efter senaste datering



Följande hälso- och sjukvårdsuppgift/sjukvårdsuppgifter har delegerats till:

Namn:

.....

Delegerad uppgift	*Om en delegerad uppgift gäller en specifik boende, skriv den boendes namn i detta fält	Sign
Överlämna läkemedel, övervaka intag.		
Överlämna läkemedel vid behov		
Applicera ögondroppar/salva		
Applicera örondroppar/salva/olja		
Administrera vagitorier		
Ge lavemang/ Microlax/ Klysmå		

Blodprovstagning venös/kapillärt		
Kontroll av blodsocker		
*Iordningställa samt injicera ordinerad insulindos med insulinpenna subkutant (till omsorgstagare med stabilt blodsocker) samt dokumentera		

Sondmat via PEG		
Såromläggning		

Övrigt		