

Lääkehoidon Osaamisen varmistaminen

Lääkehoitoon kouluttamaton henkilö

Työntekijän tiedot

Nimi _____

Palveluntuottaja/työyksikkö _____

18.9.2018

Tenttisuoritukset

Osa-alue	päivämäärä	hyväksytty / hylätty	tentin valvojan allekirjoitus
Mini- LOP/vastaava teoria	__ / __ 201__	_____	_____
	__ / __ 201__	_____	_____
	__ / __ 201__	_____	_____
	__ / __ 201__	_____	_____
	__ / __ 201__	_____	_____
Mini- LOP/vastaava laskut	__ / __ 201__	_____	_____
	__ / __ 201__	_____	_____
	__ / __ 201__	_____	_____
	__ / __ 201__	_____	_____
	__ / __ 201__	_____	_____
PKV	__ / __ 201__	_____	_____
	__ / __ 201__	_____	_____
	__ / __ 201__	_____	_____
	__ / __ 201__	_____	_____
	__ / __ 201__	_____	_____
KIPU	__ / __ 201__	_____	_____
	__ / __ 201__	_____	_____
	__ / __ 201__	_____	_____
	__ / __ 201__	_____	_____
	__ / __ 201__	_____	_____
GER/vastaava	__ / __ 201__	_____	_____
	__ / __ 201__	_____	_____
	__ / __ 201__	_____	_____

	__ / __ 201__ __ / __ 201__	_____ _____	_____ _____
Muu: _____ _____	__ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
Muu: _____ _____	__ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
Muu: _____ _____	__ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____

Lääkehoidon näytöt

Lääkehoidon peruslupa lääkehoitoon kouluttamaton henkilö

(kyseessä on potilas-, lääke- ja antoreittikohtainen lupa)

1. Luonnollista tietä otettavien lääkkeiden antaminen virheettömästi

Pvm	hyväksytyt /hylätty	vastaanottajan allekirjoitus
___/___ 201__	_____	_____
___/___ 201__	_____	_____
___/___ 201__	_____	_____
___/___ 201__	_____	_____

2. Inhaloitavan lääkkeen antaminen virheettömästi

Pvm	hyväksytyt /hylätty	vastaanottajan allekirjoitus
___/___ 201__	_____	_____
___/___ 201__	_____	_____
___/___ 201__	_____	_____
___/___ 201__	_____	_____

3. Lääkkeen antaminen ihon alle virheettömästi

Pvm	hyväksytyt /hylätty	vastaanottajan allekirjoitus
___/___ 201__	_____	_____
___/___ 201__	_____	_____
___/___ 201__	_____	_____
___/___ 201__	_____	_____

4. PKV-lääkehoidon toteutus virheettömästi

Pvm	hyväksytyt /hylätty	vastaanottajan allekirjoitus	työyksikkö
___/___ 201__	_____	_____	_____
___/___ 201__	_____	_____	_____
___/___ 201__	_____	_____	_____
___/___ 201__	_____	_____	_____