

# Lääkehoidon Osaamisen varmistaminen

Laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö

## Työntekijän tiedot

Nimi \_\_\_\_\_

Palveluntuottaja/työyksikkö \_\_\_\_\_

18.9.2018

## Tenttisuoritukset

Osa-alue	päivämäärä	hyväksytty / hylätty	tentin valvojan allekirjoitus
<b>LOP/vastaava</b> <b>teoria</b>	__ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
<b>LOP/vastaava</b> <b>laskut</b>	__ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
<b>PKV</b>	__ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
<b>IV/vastaava</b> <b>teoria</b>	__ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____

<b>IV/vastaava laskut</b>	__ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
<b>ABO teoria</b>	__ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
<b>KIPU osa 1</b>	__ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
<b>KIPU osa 2</b>	__ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
<b>GER osa 1</b>	__ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____

<b>GER osa 2</b>	__ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
<b>PSYK</b>	__ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
<b>Muu:</b> _____ _____	__ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
<b>Muu:</b> _____ _____	__ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
<b>Muu:</b> _____ _____	__ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__ __ / __ 201__	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____

## Lääkehoidon näytöt

### Laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö

**1. Luonnollista tietä annettavien lääkkeiden jakaminen lääketarjottimelle/annostelulokerikkoon virheettömästi**

Pvm	hyväksytty /hylätty	vastaanottajan allekirjoitus
___/___/201___	_____	_____
___/___/201___	_____	_____
___/___/201___	_____	_____
___/___/201___	_____	_____

**2. Luonnollista tietä otettavien lääkkeiden antaminen virheettömästi**

Pvm	hyväksytty /hylätty	vastaanottajan allekirjoitus
___/___/201___	_____	_____
___/___/201___	_____	_____
___/___/201___	_____	_____
___/___/201___	_____	_____

**3. Inhaloitavan lääkkeen antaminen virheettömästi**

Pvm	hyväksytty /hylätty	vastaanottajan allekirjoitus
___/___/201___	_____	_____
___/___/201___	_____	_____
___/___/201___	_____	_____
___/___/201___	_____	_____

**4. Lääkelaastarin laittaminen/poistaminen/hävittäminen virheettömästi**

Pvm	hyväksytty /hylätty	vastaanottajan allekirjoitus
___/___/201___	_____	_____
___/___/201___	_____	_____
___/___/201___	_____	_____
___/___/201___	_____	_____

**5. Lääkkeen antaminen ihon alle virheettömästi**

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

**6. Lääkkeen antaminen lihakseen virheettömästi**

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

**7. Lääkkeiden antaminen enteraalisen ravitsemuksen yhteydessä virheettömästi**

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

**8. Laskimon kanylointi: nesteensiirtoletkuston kokoaminen ja perifeerisen laskimon kanylointi virheettömästi**

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

**9. Laskimoon annettavan lääkkeen käyttökuntoon saattaminen ja antaminen injektiona ja infuusiona virheettömästi****Injektio:**

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

**Infuusio:**

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

**10. Laskimoon annettavan konsentraatin laimentaminen ja antaminen virheettömästi**

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

**11. Keskuslaskimokatetriin lääkkeen antaminen injektiona tai infuusiona virheettömästi**

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

**12. Verensiirron toteuttamien virheettömästi**

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