|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | |
| **Koncernkontoret Avdelningen för Hälso- och sjukvårdsstyrning** Område LäkemedelEnheten för Region Skånes sjukhusapoteksfunktion | | Dokumentversion 3   Senast reviderad 2021-05-04 | | |
| **Dokumentnamn**: Regional rutin för ordination och läkemedelshantering, bilaga 10  Stödmall  Blankett för delegeringsbeslut | **Gäller för verksamhet**:  Klicka här för att ange text. | | **Gäller fr.o.m.** Klicka här för att ange datum. | **Sida nr**:  1/2 |
| **Gäller t o m:** Klicka här för att ange datum. |
| **Utfärdat av**: Namn, datum  Klicka här för att ange text. | **Fastställd av**: Namn, datum  Klicka här för att ange text. | | | |

**Blankett för delegeringsbeslut**

**Delegering av iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel**

Delegering ska ske enligt de krav som ställs i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården, HSLF-FS 2017:37 och som förtydligas i Region Skånes regionala rutin för ordination och hantering av läkemedel.

Delegeringen gäller i följande verksamhet: Klicka här för att ange text.

Delegeringen gäller maximalt ett år under förutsättning att den som ansvarar för delegeringen och den som mottager delegeringen arbetar kvar i ovan nämnda verksamhet. Behörigheter i journalsystem behöver således avslutas om något av ovanstående förändras.

## Delegering till:

Namn, personnummer, RSID, yrkesroll

För komplement av formulär skriv här

**Delegeringen gäller följande uppgift/-er:**

(beskriv vid vilka situationer och under vilka förutsättningar. Ange alltid vilket eller vilka av följande moment delegeringen gäller: iordningställande, överlämnande, administrering. Se nedan exempel)

EX Iordningställande och administrering av bedövningsgel i samband med insättande av rinkateter.

EX Administrering av laxantia vid förstoppning.

För komplement av formulär skriv här

**Beskriv vilken kompetens medarbetaren besitter och vilka utbildningar som medarbetaren gått för att ha tillräcklig kunskapsnivå för de delegerade uppgifterna:**

Klicka här för att ange text.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Delegeringens giltighetstid:  (längst ett år) | fr.o.m Klicka här för att ange datum. | t.o.m. Klicka här för att ange datum. |

**Ansvarig för utfärdande av delegering:**

Ansvarig för utfärdande av delegering måste själv ha formell och reell kompetens för delegerade uppgifter. Avseende läkemedelshantering kan således endast legitimerade sjuksköterskor, läkare eller tandläkare delegera under förutsättning att de själva kan utföra uppgiften i sin helhet. Ansvarig intygar att delegeringen är förenlig med föreskriftens krav på god och säker vård och att mottagaren av delegeringen har dokumenterade kunskaper om hantering av läkemedel och de risker som är förenade med hanteringen. Mottagaren har också uppvisat teoretiska och praktiska kunskaper enligt verksamhetens bestämmelser.

Datum Klicka här för att ange datum.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Namnunderskrift och namnförtydligande: | Yrkestitel:  Klicka här för att ange text. | Enhet:  Klicka här för att ange text. |

Beslutet återkallat, datum Klicka här för att ange datum.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Namnunderskrift och namnförtydligande: | Yrkestitel:  Klicka här för att ange text. | Enhet:  Klicka här för att ange text. |

## Mottagare av delegering:

Jag har tagit del av kapitlet gällande delegering i Regionala rutinen för ordination och hantering av läkemedel i Region Skåne. Jag är införstådd med vilka uppgifter som delegeras till mig och mitt ansvar. Jag anser mig ha tillräckliga kunskaper och erfarenhet för uppgiften.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Namnunderskrift: | Namnförtydligande: | Datum  Klicka här för att ange datum. |

## Verksamhetschef:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Namnunderskrift: | Namnförtydligande: | Datum  Klicka här för att ange datum. |

## Omprövat beslut:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Delegeringens giltighetstid:  (längst ett år) | fr.o.m Klicka här för att ange datum. | t.o.m. Klicka här för att ange datum. |
| Underskrift: | Den som delegerat: | Mottagare av delegering: |

Originalet skall sparas tre år efter att delegeringen upphört att gälla.

En kopia lämnas även till mottagaren av delegeringen.