



PARTILLE KOMMUN

Vård- och omsorgsförvaltningen

Inför förnyelse av delegering

Personalens namn: _____

Jag känner mig trygg med:	Ja	Nej	Sign samordnare
Att signera i SignIt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Att ge tabletter ur apodos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Att ge tabletter ur dosett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Att ge tabletter ur originalförpackning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Att Hur/när Vid behovsmedicin ges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Byte av uribag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Att ge vagitorier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Instruera/ handha inhalationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Att ge Lokalbehandling hud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Att ge ögondroppar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Handha/ byte av läkemedelsplåster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Att ge stolpiller /klyx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Att ge flytande / brustabletter / pulver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Att lämna apodosrulle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Att ge antikoagulantia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Att ge insulin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Att mäta blodsocker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Att fylla i avvikelserapport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sign enhetschef

Är det något du behöver lära dig mera om? _____

Känner Du dig trygg med att ge läkemedel? Ja Nej

Denna blankett tas med då det är dags för att få delegering av ssk.