



# OSBY KOMMUN

## VÅRD OCH OMSORG

MAS 0479-52 83 00

DELEGERING

Nedanstående person har erhållit undervisning, instruktion och uppföljande kunskapskontroll angående utförandet av rubricerade uppgifter.

Titel	Namn	Personnr.
-------	------	-----------

Uppdraget gäller följande arbetsuppgift (vid flera använd blankettens baksida/sida 2)

Uppdraget gäller alt.1 - för vårdtagare vid särskilt boende/enhet/HSV-område

Uppdraget gäller alt. 2 - namngiven vårdtagare

Av legitimerad sjuksköterska/arbetsterapeut/sjuktymnast att utföra följande arbetsuppgift/ arbetsuppgifter (på baksidan av denna blankett markeras det som gäller.  
Obs! signeras av båda parter.

Delegationen gäller under följande tid – kan förlängas efter omprövning:

Fr.o.m. datum (möjlighet till förlängning)	T.o.m. datum (högst 1 år)	Mottagare av delegation (sign)	Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (sign)

Delegation återkallad – datum	Mottagare – sign	Leg.personal – sign
-------------------------------	------------------	---------------------

Jag intygar att jag noggrant frågat uppgiftsmottagaren om hon/han anser sig ha tillräckliga kunskaper och erfarenheter för att utföra uppgiften på ett fullgott sätt. Jag har också själv förvärvat mig om att uppgiftsmottagaren har de teoretiska och praktiska kunskaperna som krävs för att utföra arbetsuppgiften (= har reell kompetens).

### Delegerande:

Enhet	Titel	Namn	Signum
-------	-------	------	--------

*Uppdraget skall omprövas om utfärdande person slutar sin tjänst.*

Jag har tagit del av ovanstående, accepterar uppdraget och är medveten om att jag ansvarar för utförandet av arbetsuppgifterna. Jag intygar att jag blivit fullt informerad om vilka teoretiska och praktiska kunskaper som krävs för att utföra arbetsuppgiften på ett fullgott sätt. Jag intygar vidare att jag upplyst om min förmåga att utföra arbetsuppgiften samt att jag har tillräcklig utbildning och erfarenhet för uppgiften. Jag har tagit del av följande:

MAS-pärm:                      Avsnitt 9. Delegering  
    Socialstyrelsen SOSFS 1997:14  
    Avsnitt 4. Läkemedelshandtering (vid delegation av läkemedelshandtering)

Enhet	Titel	Namn	Signum
-------	-------	------	--------

**KOPIA TILL MEDICINSKT ANSVARIG SJUKSKÖTERSKA**

Namn	Personnr
------	----------

Ovanstående person delegeras att utföra följande arbetsuppgifter:

Hälsa- och sjukvårdsuppgifter	Person/enhet/ område	Datum	Mott. sign	Leg. sign
Överlämnande av färdigdoserat läkemedel – APO, dosett, burk				
Överlämnande av vidbehovsläkemedel – efter kontakt med sjuksköterska				
Administrera enl. ordination salva/kräm/gel...				
Administrera enl. ordination ögondroppar	örondroppar			
Administrera enl. ordination mixtur...	brustabl.			
Administrera enl. ordination vagitorier...				
Administrera enl. ordination suppositorier...				
Administrera enl. ordination suspension/klysma...				
Administrera enl. ordination plåster...				
Administrera enl. ordination inhalation.....				
Insulingivning med penna enl. ordination (patient m. stabilt blodsocker)				
Blodsockerkontroll - kapillärt				
Venprovtagning (ej blodgruppering)				
Provtagning/odling sår, urin, faeces				
Syrgasbehandling (gäller tub eller koncentrator) med fast ordination				
Kompressionsbehandling binda/strumpa				
Sondmatning via PEG				
Skötsel och omkuffning av PEG				
Enklare såromläggning				
Kateter omkuffning				
Kateter spolning				
Rensugning av övre luftvägar				
Peritonealdialys				

**Delegationer i undantagsfall:**

Kateterbyte i okomplicerade fall				
Suturtagning				
Rensugning av nedre luftvägar Trakeostoma (kontakta MAS)				
Kanylård och omläggning vid trakeostoma (kontakta MAS)				
Dokumentation enl. patientdatalagen (kontakta MAS)				

