

Delegeringsbeslut MAS

Nedanstående person har erhållit undervisning, praktisk instruktion och kunskapskontroll angående utförandet av rubricerade arbetsuppgifter som är daterade och signerade på denna blankett. Den som delegerats får självständigt enligt föreskrifter utföra uppdraget. Det åligger yrkesutövaren som delegerat att fortlöpande utvärdera verkställigheten av densamma.

Namn		Personnummer
Delegerad arbetsuppgift sker inom organisation	Befattning	Vårdutbildning

Anställningsform

Ordinarie Vikarie Timanställd

Tjänstgöringstid

Dag Natt

- Checklista vid delegering genomförd** Ja Nej
- Genomförd webbutbildning ex. via Evikomp** Ja Nej
- Genomförd lokal utbildning via ansvarig sjuksköterska** Ja Nej
- Genomfört skriftligt kunskapstest med godkänt resultat** Ja Nej

Jag åtar mig arbetsuppgiften/erna och är medveten om att fullt yrkesansvar för den/de anvisade arbetsuppgifterna enligt SOSFS 1997:14, SFS 2010-659, HSLF-FS 2017-37. Jag har fått information om kommunens hälso- och sjukvårdsriktlinjer avseende ovanstående regelverk. Arbetsuppgifterna utförs enligt ordination, dokumenteras samt signeras.

Delegerad personal

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
--------------	---------------------	--------------------------

Delegerande leg. personal

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
--------------	---------------------	--------------------------

Delegeringen är giltig 1 år därefter ska den omprövas. Lämnar den som utfärdat delegeringsbeslut sin befattning upphör delegeringen denne utfärdat att gälla.

Efterträdaren ska ta ställning till om beslutet fortfarande ska gälla eller förnyas. Delegeringsbeslutet arkiveras efter giltighetens utgång.

Dnr Ån 2019-347, Dnr SON 2019-411 rev 2021-11-09

Delegeringsbeslutet omprövat och förlängt

Delegerad personal

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
Datum	Namnteckning	Namnförtydligande

Delegerande leg. Personal

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
Datum	Namnteckning	Namnförtydligande

Delegering återkallad (kopia till verksamhetschef)

Datum	Namnteckning (AT/FT/SG)	Namnförtydligande
-------	-------------------------	-------------------

Signering medför att varje arbetsmoment är genomgången teoretiskt och praktiskt med delegaten och att leg. personal har säkerställt att personen har reell kompetens.

	Arbetsuppgift som delegeras	Datum	Signatur leg. personal	Signatur delegat
1.	Överlämna läkemedel ur APOdos, dosett, iordningställd märkt dos, övervaka intag			
2.	Ge ordinerad vid behovsmedicin enl anvisning av ansvarig sjuksköterska, övervaka intag			
3.	Ge ordinerad ögon/örondroppar och ögon/öronsalva och nässpray			
4.	Applicera ordinerat läkemedelsplåster			
5.	Ge ordinerad klysma och suppositorier			
6.	Ge ordinerad vagitorium			
7.	Iordningställa och ge ordinerade flytande läkemedel			
8.	Iordningställa och ge ordinerade inhalationer			
9.	Applicera kräm/salva enl ordination			
10.	Ge förfylld och ordinerad inj antikoagulantia subkutant			
11.	Kontroll av kapillärt blodsocker och avläsning av blodsockermätare			
12.	Iordningställa och ge ordinerat insulin med insulinpenna subkutant till patient med stabilt blodsocker			
13.	Blodprovstagnning venöst (ej blodgruppering)			
14.	Okomplicerad såromläggning enl sårvårdsjournal			
15.	Skötsel och byte av stomipåse/stomiplatta			
16.	Utplacering av APO-dos hos respektive brukare			

Patientbundna delegeringar		Datum	Sign leg. personal	Sign delegat
Urinkateter				
Ren intermittent kateterisering-RIK	Spolning och kontroll av urinkateter			
Initialer på patient	Initialer på patient			
Initialer på patient	Initialer på patient			
Initialer på patient	Initialer på patient			
Sväljsvårigheter				
Utföra matning av person med sväljningssvårigheter	Utföra säljträning enligt anvisningar			
Initialer på patient	Initialer på patient			
Initialer på patient	Initialer på patient			
Initialer på patient	Initialer på patient			
Gastrostomi/PEG (ej Nasogastrisk sond)				
Ge sondmat och läkemedel i PEG				
Initialer på patient	Initialer på patient			
Initialer på patient	Initialer på patient			
Initialer på patient	Initialer på patient			
Patientbundna delegeringar i överenskommelse med MAS		Datum	Sign leg. personal	Sign delegat
Initialer på patient				