

Denna blankett används bara om Treserva inte är åtkomlig.

Legitimerad personal kan delegera hälso- och sjukvårdsuppgifter till omsorgspersonal som har reell, men inte formell kunskap om uppgiften. Delegeringen ska registreras i Treserva.

Nedanstående person har fått undervisning, instruktion och uppföljande kunskapskontroll av nedan markerade arbetsuppgifter. Personen äger rätt att självständigt och enligt föreskrifter utföra uppdraget.

Namn (texta tydligt)	Personnummer
Arbetsplats	Yrkestitel

**Delegering avser följande enhet/enheter:**

Namn

**Delegeringen gäller:**

- Att överlämna läkemedel, från dospåsar och/eller dosett, övervaka intag och signera på lista.
- Att ge ögondroppar, örondroppar, flytande läkemedel och/eller salva och signera på listan
- Såromläggning enligt sårvårdsjournal/plan
- Administrera läkemedelsplåster
- Stomivård
- Övrigt, ange vad:

**Patientbuden delegering**

- Träning tippbräda/ståstöd

Namn / pnr	
Namn / pnr	
Namn / pnr	

- TNS behandling

Namn / pnr	
Namn / pnr	
Namn / pnr	

- Specifik tidsbegränsad träning/behandling

Namn / pnr	
Namn / pnr	
Namn / pnr	

Insulingivning

Namn / pnr	
Namn / pnr	
Namn / pnr	

Sondmatning

Namn / pnr	
Namn / pnr	
Namn / pnr	

Detta uppdrag ska omprövas vid behov, dock senast: .....

Uppdraget omprövas alltid då den som delegerar slutat. Vid förlängning var god vänd.

Datum	
Patientansvarig legitimerad sjuksköterska / fysioterapeut / arbetsterapeut	Namnförtydligande

Efter undervisning accepterar jag uppdraget och är medveten om att jag ansvarar för utförandet av arbetsuppgiften(erna). Jag är klart medveten om att delegeringen är personlig och får inte delegeras vidare.

Datum	
Namnsteckning	Namnförtydligande
	Signatur

**Uppdrag från föregående sida förlängs till och med:**

Datum	
Underskrift mottagare	Sjuksköterska

**Uppdrag från föregående sida förlängs till och med:**

Datum	
Underskrift mottagare	Sjuksköterska

Originalen förvaras på arbetsplatsen, tre år efter utgångsdatum. Kopia till delegaten.  
Delegaten ansvarar själv att 14 dagar före utgångsdatum ta kontakt med ansvarig sjuksköterska.  
Kopia till MAS och MAR.