

Todistus lääkehoidon osaamisesta

(Laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö)

Luvan suorittaja _____ Syntymäaika (pp.kk.vvvv) _____

Suorituspaikka (oppilaitoksen tai työyksikön nimi) _____

Allekirjoituksella esimies tai tentin valvoja vahvistaa, että tentittävä henkilö on suorittanut allaolevat tentit valvonnan alaisena hyväksytysti:

Lääkehoidon kurssi: Teoria ja lääkelaskenta _____
PVM, ALLEKIRJOITUS JA NIMENSELVENNYS

IV- ja nestehoito: Teoria ja lääkelaskenta _____

Verensiirto (SPR) Teoria _____

Muu kokonaisuus, mikä _____

Näytön suorittaminen:

Näytön vastaanottajat

Näytön vastaanottajan (Kokenut laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö) allekirjoituksella vahvistetaan, että henkilö on suorittanut toimintayksikön lääkehoitosuunnitelman näyttökriteerit täyttävän käytännön näytön.

Lääkkeen jakaminen ja antaminen _____
PVM, ALLEKIRJOITUS JA NIMENSELVENNYS

Laskimokanyylin asettaminen _____

Nestehoidon aloitus ja toteutus _____

Verensiirron aloitus ja toteutus _____

Epiduraalisen lääkehoidon toteutus _____

Kipupumpun käyttö lääkehoidossa _____

Rokottaminen _____

Muut yksikkökohtaiset näytöt, mikä: _____

Lääkehoitolupa myönnetään

___ . ___ . 20___ asti (5 vuotta), myöntäjä

Yksikön lääkehoidosta vastaava lääkäri _____
PVM, ALLEKIRJOITUS JA NIMENSELVENNYS