

### Beslut om delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter (AT)

--	--	--

Titel

Namn på den som ska få delegering, textat

Arbetsplats

### Delegeringen gäller för patient inskriven i Palliativ vård och ASIH

Under tiden: \_\_\_\_\_ till och med \_\_\_\_\_ År 20 \_\_\_\_\_

Undertecknad delegerar följande arbetsuppgift(er): (Fyll i JA eller NEJ vid varje uppgift nedan)

	Kontrakturprofylax enligt ordination
	På- och avtagning av ortos enligt ordination
	*

\* annan uppgift får först delegeras efter kontakt med kommunens MAR alt. MAS

Jag som har delegerat arbetsuppgifter har förvässat mig om att ovanstående person är reellt kompetent att utföra de delegerade arbetsuppgifterna. Jag ansvarar för mitt beslut om delegering, utbildning inför delegering och uppföljning av delegeringsbeslut. Delegering har genomförts i enlighet med checklista. Undertecknad är medveten om sitt yrkesansvar för den/de delegerade arbetsuppgiften/erna och är i övrigt väl förtrogen med innehållet i Socialstyrelsens kungörelse SOSFS 1997:14.

--	--	--

Datum

Underskrift av arbetsterapeut som delegerat

Arbetsplats

Jag som tar emot delegering är reellt kompetent för delegerade uppgifter och kan i praktiken utföra dessa i alla dess delar på ett korrekt sätt

--	--	--

Datum

Underskrift av den som tagit emot delegering

Arbetsplats

Undertecknad chef godkänner delegering över vårdgivargräns

--	--	--

Datum

Chef

För **Kommunen** (ange enhet)

--	--	--

Datum

Chef

För **ASIH** (ange enhet)

# Skånevård Kryh

## Palliativ vård och ASIH

### Sund



### Checklista Beslut om delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter

Obligatorisk genomgång av:		Datum	Usk sign	AT sign
1	Verksamhetens rutiner, telefonnummer, pärm			
2	Dokumentation, såsom ordinationshandlingar, signeringslista och rapportblad.			
3	Rapportering till ansvarig arbetsterapeut vid förändring av den enskildes tillstånd.			
4	Avvikelsehantering			