

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

--	--	--

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)

	Överlämna läkemedel ur iordningställd dosett och/eller dospåse.
	Administrera/överlämna patientdos enligt ordinationshandling (ex kortisonsalva, laxermedel)
	Byte av depotplåster och/eller administrering av ögon-/örondroppar.
	Överlämnande av iordningställd vid-behovs-läkemedel efter kontakt med ansvarig sjuksköterska i ASIH.
	Kompressionsbehandling dvs på- och avtagning av stödstrumpa.
	Utföra kapillär blodprovstagning - blodsockerkontroll.
	*

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

Jag som har delegerat arbetsuppgifter har förväntat 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 arbetsuppgifter/erna och är i övrigt väl förtrogen med innehållet i Socialstyrelsens kungörelse SOSFS 1997:14.

--	--	--

Datum

Underskrift av ssk 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



HELSINGBORG



HÖGANÄS  
KOMMUN



LANDSKRONA STAD



ÅSTORP



## Checklista Beslut om delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter

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