

## Blankett inför delegering av utförare av omvårdnad

### Anvisningar

Fyll i denna blankett för varje person som ska delegeras. Blanketten lämnas eller skickas i förväg via e-post till delegerande sjuksköterska.

### Datum

### Namn, telefonnummer, mejladress till person som ska delegeras

*Namn;*

*Telefonnummer;*

*Mejladress;*

### Enhet/grupp/avdelning

### Utbildning (ange med X)

Undersköterska		<i>Från vilket år:</i>
Vårdbiträde		
Annan vårdutbildning		<i>Vilken utbildning:</i>
Ingen vårdutbildning		

### Erfarenhet av arbete i Äldreomsorg (svara med X)

Ingen tidigare vårderfarenhet		
Enbart servicetjänster		
Äldreboende (SÄBO)		<i>Vilket:</i>
Personlig assistent		
Hemtjänst		
Sjukhus		<i>Arbetsplats:</i>

**Har personen haft läkemedelsdelegering tidigare? (svara med X)**

Ja	
Nej	

**Aktiv i dokumentering; dokumenterar, tar del av dokumentation och i avvikelseprocessen (svara med X)**

Ja	
Nej	

**Introduktion genomförd**

Ja		<i>Introduktionens längd:</i>
Nej		<i>Orsak:</i>

**Utbildningar i Infocaption (följande utbildningar ska vara gjorda)**

Utbildningsdel	Datum när utbildningen gjordes
➤ Del 1: Delegeringskunskap	
➤ Del 2: Läkemedelskunskap	
➤ Del 3: Läkemedel och äldre	
➤ Del 4: Basala hygienrutiner	
➤ Del 5: Basal munhälsa	

**Ansvarig enhetschef**

--