

**Lääkehoitoon koulutetun sosiaalihuollon
ammattihenkilön lupa** (tutkintoon on sisältynyt
lähihoitajan lääkehoidon osaamista vastaavat
opinnot)

☐

Uusi lupa

☐

Uusittu lupa

2.1.2025

Palveluntuottaja: _____

Palautusosoite: _____

koulutus / ammattinimike

koko nimi ja syntymäaika

on suorittanut Etelä-Karjalan hyvinvointialueen edellyttämät lääketentit ja antanut tarvittavat näytöt
osaamisestaan.

Lupa on voimassa viisi (5) vuotta lääkärin allekirjoituspäivästä.

Lupa on voimassa _____ asti.

Tämä lupa oikeuttaa (rasti oikeat vaihtoehdot):

___ toteuttamaan luonnollista tietä annettavaa lääkehoitoa lääkärin määräyksen mukaan
(luonnollista tietä: tabletit, kapselit, liuokset, silmä- ja korvatipat, voiteet, laastarit ja peräpuikot)

___ antamaan lääkärin määräämän injektion ihon alle

___ antamaan lääkärin määräämän injektion lihakseen

___ jakamaan ja antamaan lääkärin määräämän PKV-lääkkeen ohjeen mukaan luonnollista tietä

Päivämäärä:

Lääkehoidosta vastaavan lääkärin allekirjoitus ja nimenselvennys:

2.1.2025

Nimi ja syntymäaika: _____

KURSSI	TENTIT	HYVÄKSYJÄ
LOP	Teoria: _____.____.20____ Laskut: _____.____.20____	_____ _____
GER	1: _____.____.20____ 2: _____.____.20____	_____ _____
PKV	_____.____.20____	_____ _____
KIPU	1: _____.____.20____	_____ _____
PSYK	1: _____.____.20____ 2: _____.____.20____ Laskut: _____.____.20____	_____ _____ _____

2.1.2025

Nimi ja syntymäaika: _____

LÄÄKKEENJAKO	LÄÄKKEIDEN ANTAMINEN POTILAILLE/ASIAKKAILLE	INJEKTIOT IHON ALLE	INJEKTIOT LIHAKSEEN	PKV-LÄÄKKEEN ANTAMINEN (SUUN KAUTTA, INJEKTIONA TAI REKTIOLINA)
1.____.____.20____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	1.____.____.20____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	1.____.____.20____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	1.____.____.20____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	1.____.____.20____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike
2.____.____.20____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	2.____.____.20____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	2.____.____.20____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	2.____.____.20____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	2.____.____.20____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike
3.____.____.20____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	3.____.____.20____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	3.____.____.20____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	3.____.____.20____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	3.____.____.20____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike

Näytöt voi ottaa vastaan laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on riittävä työkokemus ja voimassa oleva lääkelupa.

