

Laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön lupa



☐ 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)

___ rokottamaan

___ asettamaan perifeerisen laskimokanyylin ja toteuttamaan lääkärin määräämää suonensisäistä neste- ja lääkehoitoa

___ toteuttamaan verensiirron lääkärin määräyksen mukaan

___ toteuttamaan epiduraalista lääkehoitoa lääkärin määräyksen mukaan

Päivämäärä:

Lääkehoidosta vastaavan lääkärin allekirjoitus ja nimenselvennys:

Nimi ja syntymäaika: _____

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

Nimi ja syntymäaika: _____

	LÄÄKKEENJAKO	ROKOTUKSET	YKSIKÖN OMA, MIKÄ
LOP- näytöt	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
	3. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	3. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	3. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike
	4. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	4. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	4. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike
	5. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	5. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	5. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike
	6. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	6. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	6. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike

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

Nimi ja syntymäaika: _____

	PERIFEERINEN KANYLOINTI	LÄÄKELAIMENNOS	YKSIKÖN OMA, MIKÄ
IV- näytöt	1. _____. _____.20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike 2. _____. _____.20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike 3. _____. _____.20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	1. _____. _____.20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike 2. _____. _____.20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike 3. _____. _____.20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	1. _____. _____.20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike 2. _____. _____.20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike 3. _____. _____.20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike
	INFUUSION ALOITUS (lääkehoitosuunnitelman mukaisesti)	BOLUKSEN ANTAMINEN (lääkehoitosuunnitelman mukaisesti)	INFUUSION LOPETUS (lääkehoitosuunnitelman mukaisesti)
IV- näytöt	1. _____. _____.20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike 2. _____. _____.20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike 3. _____. _____.20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	1. _____. _____.20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike 2. _____. _____.20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike 3. _____. _____.20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	1. _____. _____.20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike 2. _____. _____.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.