

Nimikesuojatun 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)

___ antamaan lääkärin määräämän injektion ihon alle

___ antamaan lääkärin määräämän injektion lihakseen

___ vaihtamaan lääkkeettömän, perusliuosta sisältävän jatkoinfuusiopussin/-pullon

___ huuhtelemaan Q-syten infuusion päätyttyä, valmista iv-huuhteluruiskua käyttäen

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

___ jakamaan ja antamaan lääkärin määräämän N-lääkkeen ohjeen mukaan luonnollista tietä
(poikkeustilanne: vain saattohoitotilanteessa s.c.- ja i.m.-injektiona)

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
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
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.

2.1.2025

Nimi ja syntymäaika: _____

LÄÄKKEETTÖMÄN, PERUSLIUOSTA SISÄLTÄVÄN PUSSIN VAIHTAMINEN	NEULATTOMAN LIITTIMEN HUUHTOMINEN	PKV-LÄÄKKEEN ANTAMINEN (SUUN KAUTTA, INJEKTIONA TAI REKTIOLINA)	N-LÄÄKKEEN ANTAMINEN (LAASTARI, SUUN KAUTTA TAI INJEKTIONA POIKKEUSTILANTEISSA)
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
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.