

2.1.2025

**Todistus väliaikaista lääkehoitolupaa varten (yli 60 op suorittaneet sairaanhoitaja-,
ensihoitaja-, terveydenhoitaja- ja kättilöopiskelijat)**

Palveluntuottaja: _____

Palautusosoite: _____

koulutusnimike

koko nimi ja syntymäaika

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

Lupa on voimassa valmistumispäivään asti tai enintään _____ saakka.

Lupa oikeuttaa 60 op jälkeen (rasti oikeat vaihtoehdot):

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

_____ antamaan lääkärin määräämän injektion ihon alle ohjaajan valvonnassa

_____ vaihtamaan lääkkeettömän, perusliuosta sisältävän jatkoinfuusiopussin/-pullon ohjaajan valvonnassa

_____ antamaan lääkärin määräämän PKV-lääkkeen ohjeen mukaan luonnollista tietä lääkärin määräyksen
mukaan ohjaajan valvonnassa

Päivämäärä:

Lääkehoidosta vastaavan lääkärin allekirjoitus ja nimenselvennys:

Lupa oikeuttaa 140 op jälkeen (rasti oikeat vaihtoehdot):

_____ antamaan lääkärin määräämän injektion lihakseen ohjaajan valvonnassa

_____ huuhtelemaan Q-syten infuusion päätyttyä, valmista iv-huuhteluruiskua käyttäen ohjaajan valvonnassa

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 ____	_____ _____ _____

NÄYTÖT 60-139 OP

Nimi ja syntymäaika: _____

LÄÄKKEENJAKO	LÄÄKKEIDEN JAKO POTILAILLE/ASIAKKAILLE	INJEKTIOT IHON ALLE	PKV-LÄÄKKEEN ANTAMINEN (SUUN KAUTTA, INJEKTIO TAI REKTIOLI)	LÄÄKKEETTÖMÄN, PERUSLIUOSTA SISÄLTÄVÄN PUSSIN VAIHTAMINEN
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 voimassaoleva lääkelupa.

NÄYTÖT 140 OP

Nimi ja syntymäaika: _____

INJEKTIOT LIHAKSEEN	Q-SYTEN HUUHTOMINEN
1. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	1. ____ . ____ .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

Näytöt voi ottaa vastaan laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on riittävä työkokemus ja voimassaoleva lääkelup

