

Laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön lupa



Uusi lupa

Uusittu lupa

1.1.2023

Palveluntuottaja: _____

Palautusosoite: _____

_____ koulutus / ammattinimike koko nimi ja syntymäaika

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

Lupa on voimassa neljä (4) vuotta ensimmäisen tentin suorittamisesta.

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 ____ _____	1. ____ . ____ .20 ____ _____	1. ____ . ____ .20 ____ _____
	Hyväksyjän nimi ja nimike	Hyväksyjän nimi ja nimike	Hyväksyjän nimi ja nimike
	2. ____ . ____ .20 ____ _____	2. ____ . ____ .20 ____ _____	2. ____ . ____ .20 ____ _____
	Hyväksyjän nimi ja nimike	Hyväksyjän nimi ja nimike	Hyväksyjän nimi ja nimike
	3. ____ . ____ .20 ____ _____	3. ____ . ____ .20 ____ _____	3. ____ . ____ .20 ____ _____
	Hyväksyjän nimi ja nimike	Hyväksyjän nimi ja nimike	Hyväksyjän nimi ja nimike

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

