

1.1.2023

**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:**

\_\_\_\_\_

1.1.2023

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
4. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	4. ____ . ____ .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	5. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	5. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike

**NÄYTÖT 140 OP**

Nimi ja syntymäaika: \_\_\_\_\_

INJEKTIOT LIHAKSEEN	Q-SYTEN HUUHTOMINEN
1. ____ . ____ .20 ____ _____	1. ____ . ____ .20 ____ _____
Hyväksyjän nimi ja nimike	Hyväksyjän nimi ja nimike
2. ____ . ____ .20 ____ _____	2. ____ . ____ .20 ____ _____
Hyväksyjän nimi ja nimike	Hyväksyjän nimi ja nimike
3. ____ . ____ .20 ____ _____	3. ____ . ____ .20 ____ _____
Hyväksyjän nimi ja nimike	Hyväksyjän nimi ja nimike
4. ____ . ____ .20 ____ _____	4. ____ . ____ .20 ____ _____
Hyväksyjän nimi ja nimike	Hyväksyjän nimi ja nimike
5. ____ . ____ .20 ____ _____	5. ____ . ____ .20 ____ _____
Hyväksyjän nimi ja nimike	Hyväksyjän nimi ja nimike

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

