

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dokumenttyp | Version | Dokumentet gäller för | Datum för fastställande |
| Dokument för skriftlig patientbunden delegering |  | Sjuksköterska, Vård- och omsorgspersonal i socialförvaltningen egen regi och privata utförare | 2020-10-27 |
| Revideringsansvarig  | Revideringsintervall  | Reviderad datum |
| MAS | En gång per år | 2020-10-27 |
| Dokumentansvarig  | Uppföljningsansvarig och tidplan |
| MAS, EC Hemsjukvård egen regi | MAS varje år och vid behov  |

# PATIENTBUNDEN DELEGERING AV AVANCERAD MEDICINSK ARBETSUPPGIFT

**Mottagare av Delegeringen Delegerande Sjuksköterska**

Personuppgifter:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Namn:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namn:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Befattning:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Arbetsplats:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Delegeringen avser följande arbetsuppgift**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Delegeringen gäller enskild vårdtagare**

Namn:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Delegeringens giltighetstid (ange alltid start och stopp)**

Start:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stopp:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Information:**

Delegerad arbetsuppgift får endast utföras EFTER kontakt med tjänstgörande sjuksköterska

Delegeringsmottagare: Delegerande Sjuksköterska:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 ex var till delegeringsmottagare och delegerande Sjuksköterska