



### Checklista inför läkemedelsdelegering samt insulindelegering.

Enhetschef fyller i checklista inför delegeringen genom att sätta kryss under JA eller NEJ rubriken. I fylld checklista faxas eller mailas till ansvarig sjuksköterska.

Markera vilken delegering det gäller.

**Rätt information till legitimerad personal underlättar delegeringsflöde.**

NAMN+PERS.NR:

VERKSAMHET:

<b>Läkemedelsdelegering</b>	<b>JA</b>	<b>NEJ</b>
Har medarbetare haft läkemedelsdelegering i Kristianstad kommun det senaste året?		
Har medarbetaren en pågående läkemedelsdelegering och uppföljning behövs?		
Har medarbetare haft läkemedelsdelegering i annan kommun?		
Har medarbetare utbildning inom vård och omsorg?		
Har medarbetare jobbat i 4 veckor i verksamheten?		
Har medarbetare god kännedom om verksamheten?		
Har medarbetare genomfört webbaserad utbildning inför läkemedelsdelegeringen?		
Kommer medarbetare att ge läkemedel varje vecka?		
Har medarbetaren fått Utbildningskompendium inför delegering av läkemedel		
<b>Insulindelegering</b>		
Har medarbetare arbetat aktivt med läkemedelshantering i minst 2 månader?		
Kommer medarbetare att ge insulin 1gång/vecka?		
Har medarbetare haft insulindelegering i Kristianstad kommun det senaste året?		
Har medarbetaren en pågående insulindelegering och uppföljning behövs?		
Har medarbetare utbildning inom vård och omsorg?		
Har medarbetare god kännedom om verksamheten?		
Har medarbetare genomfört webbaserad utbildning inför insulindelegering?		
Har medarbetare fått Utbildningskompendium inför delegering av insulin		

**Underskrift enhetschef och datum:**