

## BILAGA 1

Bilaga till: Rutin Delegering av läkemedel	
Bilaga nr: 1	Skapad datum: 2017-05-19

# Blankett inför delegering

### Anvisning

Anställande/ansvarig chef fyller i denna blankett för varje person som ska delegeras. Blanketten lämnas till delegerande sjuksköterska i samband med delegeringstillfället.

### Datum

### Namn på person som ska delegeras

### Enhet/grupp

### Ansvarig chef, telefonnummer

### Utbildning (Ange med X)

Undersköterska	<input type="checkbox"/>
Vårdbiträde	<input type="checkbox"/>
Annan utbildning- beskriv:	<input type="checkbox"/>
Ingen vårdutbildning	<input type="checkbox"/>

### Erfarenhet av arbete inom området funktionsnedsättning (Ange med X)

Ingen tidigare erfarenhet	<input type="checkbox"/>
Mindre än 1 år	<input type="checkbox"/>
Mer än 1 år	<input type="checkbox"/>
Annan vårderfarenhet- beskriv:	<input type="checkbox"/>

**Från vilken verksamhet har personen erfarenhet (Ange med X)**

Boende	
Personlig assistans	
Hemvård	
Sjukhus	
Annat- beskriv:	

**Har personen tidigare haft delegering (Ange med X)**

Ja	
Om ja- var:	
Nej	

**Personen har gått bredvid på arbetsplatsen (Ange med X)**

Ja	
Nej	

För att genomföra delegeringsutbildningen ska personen ha gått bredvid.  
Ange hur länge och vem som varit handledare:

---



---



---

Övrig information:

---



---



---

