|  |  |
| --- | --- |
|  |   |
| **KoncernkontoretAvdelningen för Hälso- och sjukvårdsstyrning**Område LäkemedelEnheten för Region Skånes sjukhusapoteksfunktion |    Dokumentversion 2 Senast reviderad 2019-11-21  |
| **Dokumentnamn**:Regional rutin för ordination och läkemedelshantering, bilaga 7. Stödmall till lokala instruktioner.Uppdrag att dosjustera ett ordinerat läkemedel | **Gäller för verksamhet**:Klicka här för att ange text. | **Gäller fr.o.m.**Klicka här för att ange datum. | **Sida nr**:1/1 |
| **Gäller t o m:**Klicka här för att ange datum. |
| **Utfärdat av**: Namn, datumKlicka här för att ange text. | **Fastställd av**: Namn, datumKlicka här för att ange text. |

**Uppdrag att dosjustera ett ordinerat läkemedel**

*4 kap. 5 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:8) Verksamhetschefen får uppdra åt sådana befattningshavare inom verksamheten som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter.*

Verksamhetschefen har dock alltid det yttersta och samlade ledningsansvaret för verksamheten*.*

Nedan namngiven sjuksköterska får justera dosen av nedanstående läkemedel utifrån patientens individuella målvärde och aktuellt mätvärde. Detta under förutsättning att det av patientens ordination framgår att doseringen kan justeras enligt lokal rutin för gällande läkemedel. Se stödmall 7a i Regional rutin för ordination och läkemedelshantering i Region Skåne.

|  |
| --- |
| Vårdenhet: Klicka här för att ange text. |
|  |
| Läkemedel/läkemedelsgrupp1):Klicka här för att ange text. |
|  |
| Gällande lokal rutin: Klicka här för att ange text. |

1. Ange ett eller flera läkemedelsnamn, substansnamn eller ATC-kod.

**Jag accepterar ovanstående uppdrag**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort  |  | Datum  |
| Klicka här för att ange text. |  | Klicka här för att ange datum. |
| Namnförtydligande och yrkestitel | RS id | Namnteckning |
| Klicka här för att ange text. | Klicka här för att ange text. |  |

**Ovanstående uppdrag överlämnas**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Namnförtydligande ansvarig läkare | RS id | Namnteckning |
| Klicka här för att ange text. | Klicka här för att ange text. |  |

**Ovanstående uppdrag har upphört**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort  |  | Datum  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Namnförtydligande ansvarig läkare Namnteckning