

**Nimikesuojatun terveydenhuollon ammattihenkilön lupa**  
(päivitetty 29.7.2024)

Uusi lupa     Uusittu lupa     Täydennetty lupa

Palveluntuottaja: \_\_\_\_\_

Palautusosoite: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

koulutus / ammattinimike

\_\_\_\_\_

koko nimi ja syntymäaika

on suorittanut Etelä-Karjalan hyvinvointialueen edellyttämät lääketentit ja antanut tarvittavat näytöt osaamisestaan.

**Tämä lupa oikeuttaa** (rasti oikeat vaihtoehdot):

\_\_\_ toteuttamaan luonnollista tietä annettavaa lääkettä lääkärin määräyksen mukaan  
(luonnollista tietä: tabletit, kapselit, liuokset, silmä- ja korvatipat, voiteet, laastarit ja peräpuikot)

\_\_\_ antamaan lääkärin määräämän injektion ihon alle

\_\_\_ antamaan lääkärin määräämän injektion lihakseen

\_\_\_ vaihtamaan lääkkeettömän, perusliuosta sisältävän jatkoinfuusiopussin/-pullon

\_\_\_ huuhtelemaan Q-syten infuusion päätyttyä, valmista iv-huuhteluruiskua käyttäen

\_\_\_ jakamaan ja antamaan lääkärin määräämän PKV-lääkkeen ohjeen mukaan luonnollista tietä

\_\_\_ jakamaan ja antamaan lääkärin määräämän N-lääkkeen ohjeen mukaan luonnollista tietä  
(poikkeustilanne: vain saattohoitotilanteessa s.c.- ja i.m.-injektiona)

\_\_\_ asettamaan perifeerisen laskimokanyylin päivystyksen alueella ja ensihoidossa (ensihoidon osaamisalasta valmistuneet)

\_\_\_ toteuttamaan fluorilakkauksen suun terveydenhuollon yksikössä

**Lupa on voimassa neljä (4) vuotta lääkärin allekirjoituksesta.**

**Päivämäärä:** \_\_\_\_\_

**Lääkehoidosta vastaavan lääkärin allekirjoitus ja nimenselvennys:**

\_\_\_\_\_

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 ____	_____ _____ _____
SuuLop	Teoria: ____ . ____ .20 ____ Laskut: ____ . ____ .20 ____	_____ _____

Nimi ja syntymäaika: \_\_\_\_\_

LÄÄKKEENJAKO	LÄÄKKEIDEN ANTAMINEN POTILAILLE/ASIAKKAILLE	INJEKTIOIT IHON ALLE	INJEKTIOIT LIHAKSEEN
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
3. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	3. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	3. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	3. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike

Näytöt voi ottaa vastaan laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on riittävä työkokemus ja voimassa oleva lääkelupa.

Nimi ja syntymäaika: \_\_\_\_\_

<b>LÄÄKKEETTÖMÄN, PERUSLIUOSTA SISÄLTÄVÄN PUSSIN VAIHTAMINEN</b>	<b>NEULATTOMAN LIITTIMEN HUUHTOMINEN</b>	<b>PKV-LÄÄKKEEN ANTAMINEN (SUUN KAUTTA, INJEKTIONA TAI REKTIOLINA)</b>	<b>N-LÄÄKKEEN ANTAMINEN (LAASTARI, SUUN KAUTTA TAI INJEKTIONA POIKKEUSTILANTEISSA)</b>
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
3. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	3. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	3. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	3. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike

Näytöt voi ottaa vastaan laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on riittävä työkokemus ja voimassa oleva lääkelupa.

Nimi ja syntymäaika: \_\_\_\_\_

SUUN TERVEYDENHUOLLON NÄYTÖT

LÄÄKKEEN ANTAMINEN POTILAALLE	FLUORILAKKAUS
1. ____ . ____ . 20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	1. ____ . ____ . 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

Näytöt voi ottaa vastaan laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on riittävä työkokemus ja voimassa oleva lääkelupa.