

## Laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön lupa



Uusi lupa

Uusittu lupa

20.5.2024

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 lääkehoitoa lääkärin määräyksen mukaan  
(luonnollista tietä: tabletit, kapselit, liuokset, silmä- ja korvatipat, voiteet, laastarit ja peräpuikot)

\_\_\_ rokottamaan

\_\_\_ asettamaan perifeerisen laskimokanyylin ja toteuttamaan lääkärin määräämää suonensisäistä neste- ja lääkehoitoa

\_\_\_ toteuttamaan verensiirron lääkärin määräyksen mukaan

\_\_\_ toteuttamaan epiduraalista lääkehoitoa lääkärin määräyksen mukaan

Lupa on voimassa neljä (4) vuotta \_\_\_\_\_ asti.

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 ____	_____
ROKOTUS	____ . ____ .20 ____	_____
IV	Teoria: ____ . ____ .20 ____ Laskut: ____ . ____ .20 ____	_____ _____
ABO	____ . ____ .20 ____	_____
KIPU	1: ____ . ____ .20 ____ 2: ____ . ____ .20 ____	_____ _____
PSYK	1: ____ . ____ .20 ____ 2: ____ . ____ .20 ____ Laskut: ____ . ____ .20 ____	_____ _____ _____

Nimi ja syntymäaika: \_\_\_\_\_

	LÄÄKKEENJAKO	ROKOTUKSET	YKSIKÖN OMA, MIKÄ
LOP-näytöt	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
	3. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	3. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	3. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike
	Hyväksyjän nimi ja nimike	Hyväksyjän nimi ja nimike	Hyväksyjän nimi ja nimike

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

Nimi ja syntymäaika: \_\_\_\_\_

	<b>PERIFEERINEN KANYLOINTI</b>	<b>LÄÄKELAIMENNOS</b>	<b>YKSIKÖN OMA, MIKÄ</b>
IV- näytöt	1. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike 2. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike 3. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	1. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike 2. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike 3. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	1. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike 2. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike 3. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike
	<b>INFUUSION ALOITUS (lääkehoitosuunnitelman mukaisesti)</b>	<b>BOLUKSEN ANTAMINEN (lääkehoitosuunnitelman mukaisesti)</b>	<b>INFUUSION LOPETUS (lääkehoitosuunnitelman mukaisesti)</b>
IV- näytöt	1. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike 2. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike 3. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	1. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike 2. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike 3. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	1. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike 2. ____ . ____ .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.