**Laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön lupa**

 **Uusi lupa Uusittu lupa**

 2.1.2025

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

koulutus / ammattinimike koko nimi ja syntymäaika

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

**Lupa on voimassa viisi (5) vuotta lääkärin allekirjoituspäivästä.**

Lupa on voimassa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ asti.

**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

**Päivämäärä:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lääkehoidosta vastaavan lääkärin allekirjoitus ja nimenselvennys:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  2.1.2025

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\_\_\_\_  |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

  2.1.2025

Nimi ja syntymäaika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | **LÄÄKKEENJAKO**  | **ROKOTUKSET**  | **YKSIKÖN OMA, MIKÄ**  |
| LOP- 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.

  2.1.2025

Nimi ja syntymäaika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | **PERIFEERINEN KANYLOINTI**  | **LÄÄKELAIMENNOS**  | **YKSIKÖN OMA, MIKÄ**  |
| 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   |
|   | **INFUUSION ALOITUS (lääkehoitosuunnitelman** **mukaisesti)**  | **BOLUKSEN ANTAMINEN (lääkehoitosuunnitelman** **mukaisesti)**  | **INFUUSION LOPETUS (lääkehoitosuunnitelman** **mukaisesti)**  |
| 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.