**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.