

OSBY KOMMUN

VÅRD OCH OMSORG

MAS

DELEGERING

Nedanstående person har erhållit undervisning, instruktion och uppföljande kunskapskontroll angående utförandet av rubricerade uppgifter.

Titel	Namn	Personnr.
-------	------	-----------

Uppdraget gäller följande arbetsuppgift (vid flera använd blankettens baksida/sida 2)

Uppdraget gäller alt.1 - för vårdtagare vid särskilt boende/enhet/HSV-område

Uppdraget gäller alt. 2 - namngiven vårdtagare

Av legitimerad sjuksköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast att utföra följande arbetsuppgift/ arbetsuppgifter (på baksidan av denna blankett markeras det som gäller.
Obs! signeras av båda parter.

Delegationen gäller under följande tid – kan förlängas efter omprövning:

Fr.o.m. datum (möjlighet till förlängning)	T.o.m. datum (högst 1 år)	Mottagare av delegation (sign)	Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (sign)

Delegation återkallad – datum	Mottagare – sign	Leg.personal – sign
-------------------------------	------------------	---------------------

Jag intygar att jag noggrant frågat uppgiftsmottagaren om hon/han anser sig ha tillräckliga kunskaper och erfarenheter för att utföra uppgiften på ett fullgott sätt. Jag har också själv förvärvat mig om att uppgiftsmottagaren har de teoretiska och praktiska kunskaperna som krävs för att utföra arbetsuppgiften (= har reell kompetens).

Delegerande:

Enhet	Titel	Namn	Signum
-------	-------	------	--------

Uppdraget skall omprövas om utfärdande person slutar sin tjänst.

Jag har tagit del av ovanstående, accepterar uppdraget och är medveten om att jag ansvarar för utförandet av arbetsuppgifterna. Jag intygar att jag blivit fullt informerad om vilka teoretiska och praktiska kunskaper som krävs för att utföra arbetsuppgiften på ett fullgott sätt. Jag intygar vidare att jag upplyst om min förmåga att utföra arbetsuppgiften samt att jag har tillräcklig utbildning och erfarenhet för uppgiften. Jag har tagit del av följande:

MAS-pärm: Avsnitt 9. Delegering
Socialstyrelsen SOSFS 1997:14

Enhet	Titel	Namn	Signum
-------	-------	------	--------

KOPIA TILL MEDICINSKT ANSVARIG SJUKSKÖTERSKA

Namn	Personnr
------	----------

Ovanstående person delegeras att utföra följande arbetsuppgifter:

Hälso- och sjukvårdsuppgifter	Person/enhet/ område	Datum	Mott. sign	Leg. sign
TENS-behandling				
Behandling med tippbräda				
Specifik behandling/träning:				
Behandling/träning för patient med restriktioner:				
Kontrakturprofylax vid diagnostiserad eller misstänkt benskörhet.				