

Laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön lupa



Uusi lupa

Uusittu lupa

3.4.2020

Palveluntuottaja: _____

Palautusosoite: _____

_____ koulutus / ammattinimike koko nimi ja syntymäaika

on suorittanut Eksoten edellyttämät teoria- ja lääkelaskutentit ja antanut tarvittavat näytöt osaamisestaan.

Lupa on voimassa neljä (4) vuotta ensimmäisen tentin suorittamisesta.

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:

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	____ . ____ .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
	_____ Hyväksyjän nimi ja nimike	_____ Hyväksyjän nimi ja nimike	_____ 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 (kolme vuotta) ja voimassaoleva lääkelupa.

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 (kolme vuotta) ja voimassaoleva lääkelupa.

Nimi ja syntymäaika: _____

	VEREN TILAUS (lääkehoitosuunnitelman mukaisesti)	VERENSIIRRON ALOITUS (lääkehoitosuunnitelman mukaisesti)	VERENSIIRRON LOPETUS (lääkehoitosuunnitelman mukaisesti)
ABO-näytöt	1. ____ . ____ .20 ____ _____	1. ____ . ____ .20 ____ _____	1. ____ . ____ .20 ____ _____
	Hyväksyjän nimi ja nimike	Hyväksyjän nimi ja nimike	Hyväksyjän nimi ja nimike
	2. ____ . ____ .20 ____ _____	2. ____ . ____ .20 ____ _____	2. ____ . ____ .20 ____ _____
	Hyväksyjän nimi ja nimike	Hyväksyjän nimi ja nimike	Hyväksyjän nimi ja nimike
	3. ____ . ____ .20 ____ _____	3. ____ . ____ .20 ____ _____	3. ____ . ____ .20 ____ _____
	Hyväksyjän nimi ja nimike	Hyväksyjän nimi ja nimike	Hyväksyjän nimi ja nimike

	INFUUSION ALOITUS (lääkehoitosuunnitelman mukaisesti)	BOLUKSEN ANTAMINEN (lääkehoitosuunnitelman mukaisesti)	INFUUSION LOPETUS (lääkehoitosuunnitelman mukaisesti)
KIPU (EPI)-näytöt Epiduraalisen kivunhoidon näytöt	1. ____ . ____ .20 ____ _____	1. ____ . ____ .20 ____ _____	1. ____ . ____ .20 ____ _____
	Hyväksyjän nimi ja nimike	Hyväksyjän nimi ja nimike	Hyväksyjän nimi ja nimike
	2. ____ . ____ .20 ____ _____	2. ____ . ____ .20 ____ _____	2. ____ . ____ .20 ____ _____
	Hyväksyjän nimi ja nimike	Hyväksyjän nimi ja nimike	Hyväksyjän nimi ja nimike
	3. ____ . ____ .20 ____ _____	3. ____ . ____ .20 ____ _____	3. ____ . ____ .20 ____ _____
	Hyväksyjän nimi ja nimike	Hyväksyjän nimi ja nimike	Hyväksyjän nimi ja nimike

Näytöt voi ottaa vastaan laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on riittävä työkokemus (kolme vuotta) ja voimassaoleva lääkelupa.

