



Nimikesuojatun 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)

\_\_\_ antamaan lääkärin määräämän injektion ihon alle

\_\_\_ antamaan lääkärin määräämän injektion lihakseen

\_\_\_ vaihtamaan lääkkeettömän, perusliuosta sisältävän jatkoinfuusiopussin/-pullon

\_\_\_ huuhtelemaan Q-syten infuusion päätyttyä, valmista iv-huuhteluruiskua käyttäen

\_\_\_ jakamaan ja antamaan lääkärin määräämän PKV-lääkkeen ohjeen mukaan luonnollista tietä

\_\_\_ jakamaan ja antamaan lääkärin määräämän N-lääkkeen ohjeen mukaan luonnollista tietä  
(poikkeustilanne: vain saattohoitotilanteessa s.c.- ja i.m.-injektiona)

**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 ____	_____
KIPU	1: ____ . ____ .20 ____	_____
PSYK	____ . ____ .20 ____	_____

Nimi ja syntymäaika: \_\_\_\_\_

LÄÄKKEENJAKO	LÄÄKKEIDEN ANTAMINEN POTILAILLE/ASIAKKAILLE	INJEKTIOT IHON ALLE	INJEKTIOT LIHAKSEEN
1. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	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	2. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike
3. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	3. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	3. ____ . ____ .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: \_\_\_\_\_

LÄÄKKEETTÖMÄN, PERUSLIUOSTA SISÄLTÄVÄN PUSSIN VAIHTAMINEN	Q-SYTEN HUUHTOMINEN	PKV-LÄÄKKEEN ANTAMINEN (SUUN KAUTTA, INJEKTIONA TAI REKTIOLINA)	N-LÄÄKKEEN ANTAMINEN (LAASTARI, SUUN KAUTTA TAI INJEKTIONA POIKKEUSTILANTEISSA)	PERIFERINEN KANYLOINTI (VAIN ENSIHOIDON OSAAMISALASTA VALMISTUNEET)
1. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	1. ____ . ____ .20 ____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	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	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	3. ____ . ____ .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.

