Läkemedel - ansvarsfördelning - läkemedelsansvarig sjuksköterska

Bilaga 3 till rutin: Läkemedel - Ansvarsfördelning

Verksamhet: …….. Enhet: ……..

Härmed överlåts ansvar för läkemedelsförråd enligt nedanstående punkter. Den som innehar uppdraget är enhetens mottagare av information när det gäller läkemedelshanteringsfrågor och ansvarar för att:

1. Beställa läkemedel, licensläkemedel och extempore företrädesvis enligt ett fastställt sortiment.
2. Kontrollera att inleveranser genomförs samt bevaka restnoteringar och leveransmeddelanden.
3. Åtgärda indragningsskrivelser och meddelanden från Läkemedelsenheten.
4. Ansvara för att läkemedelsförråd, och i förekommande fall läkemedelsvagnar, håller god ordning samt att hållbarhetskontroll, städning och temperaturkontroll utförs.
5. Ansvara för att det finns utskriven faxblankett Läkemedelsrekvisition vid behov av reservrutin.
6. Besluta om ändringar i enhetens läkemedelsförråd (bassortiment) i samråd med läkemedelsansvarig läkare och eventuellt farmaceut.
7. Säkerställ att eventuella utskrivna dokument gällande i läkemedelshantering hålls uppdaterat.
8. Medverka vid egenkontroll/kvalitetsgranskning och uppföljning av verksamhetens läkemedelshantering.

Ort och datum…….

Leg. Sjuksköterska (Namnteckning) Har mottagit och godkänt detta uppdrag	Verksamhetschef eller avdelningschef (Namnteckning)
Namnförtydligande	Namnförtydligande

Biläggs enhetens läkemedelshanteringsrutiner. **Kopia sänds till Läkemedelsenheten.**

Ersättare till läkemedelsansvarig sjuksköterska

Verksamhet: ……... Enhet: ……...

……. …….
Leg. sjuksköterska (Namnteckning) Namnförtydligande

Har mottagit och godkänt uppdraget att fullgöra ovan beskrivna arbetsuppgifter för läkemedelsansvarig sjuksköterska under punkt 1 samt punkt ……

……. …….
Leg. sjuksköterska (Namnteckning) Namnförtydligande

Har mottagit och godkänt uppdraget att fullgöra ovan beskrivna arbetsuppgifter för läkemedelsansvarig sjuksköterska under punkt 1 samt punkt ……

……. …….
Leg. sjuksköterska (Namnteckning) Namnförtydligande

Har mottagit och godkänt uppdraget att fullgöra ovan beskrivna arbetsuppgifter för läkemedelsansvarig sjuksköterska under punkt 1 samt punkt ……

…….
Ort och datum

……
Verksamhetschef alternativt avdelningschef
(Namnteckning)

……
Namnförtydligande

Gäller fr o m ……. t o m …….

Blanketten ska sparas i minst tre år efter det att uppdraget upphört att gälla.
Kopia sänds till Läkemedelsenheten.

Uppdaterat från föregående version
2026-04-29: Förtydligande att blanketten ska sparas i minst tre år efter att uppdraget upphört att gälla. Borttaget att uppdraget revideras årligen.