OBS! Utskriven version kan vara inaktuell.
Senaste versionen hittar du via intranätet under "styrande dokument" eller vårdgivarwebben.

Region Halland

Gäller för: Region Halland hälso- och sjukvård

Dokumentation av bedömning av utbildning för behörighet för sjuksköterska utan specialistutbildning att ordinera läkemedel för vaccination till vuxna - Bilaga

Bilaga till rutin: Behörighet för sjuksköterska att ordinera läkemedel för vaccination till vuxna

Nedan namngiven person har genomgått utbildning inom kunskapsområdet vaccinationsverksamhet som bedöms likvärdig med kunskapskraven enligt HSLF-FS 2018:43 för att vara behörig att ordinera läkemedel för vaccination enligt (kryssa i det som gäller):

- ☐ Folkhälsomyndighetens rekommendationer för preventiva insatser mot **tuberkulos**
- ☐ Folkhälsomyndighetens rekommendationer om **influensavaccination till riskgrupper**
- ☐ Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:55) om vaccination i enlighet med det **särskilda vaccinationsprogrammet för personer som ingår i riskgrupper**
- ☐ Folkhälsomyndighetens rekommendationer om **pneumokockvaccination till riskgrupper**
- ☐ Folkhälsomyndighetens rekommendationer om vaccination mot **hepatit B**
- ☐ Socialstyrelsens rekommendationer för profylax till vuxna mot **difteri och stelkramp**
- ☐ Folkhälsomyndigheten rekommendationer om vaccination mot covid-19
- ☐ Folkhälsomyndigheten rekommendationer om vaccination mot kikhosta för gravida
- ☐ Folkhälsomyndigheten rekommendationer om vaccination mot humant papillomvirus (HPV).

Blanketten ifylles, skrivs ut i två exemplar av vilka sjuksköterskan och verksamhetschefen tar var sitt. Verksamhetschefens exemplar sparas på enheten.

Namn:	Personnummer:
Uppdraget gäller under tidsperiod:	Datum:

Region Halland

Gäller för: Region Halland hälso- och sjukvård

Verksamhetschef eller person som av denne tilldelats uppgiften: Jag har säkerställt att bedömning av den utbildning som sjuksköterskan genomgått har skett och är medveten om att medarbetaren behöver fortbildning för att kunna ordinera nytillkomna vaccin.

…… ……
Namnteckning Namnförtydligande

Sjuksköterskan: Jag bekräftar att jag härmed mottagit information om att verksamhetschefens bedömning enligt ovan innebär att jag har rätt att ordinera dessa läkemedel för vaccination i enlighet med bestämmelserna i HSLF-FS 2018:43. Behörigheten gäller tills vidare och styrks genom uppvisande av denna blankett. Jag bekräftar att jag är införstådd med att Läkarordination krävs vid avvikelser från rekommendationerna.

……
Namnteckning