

Bilaga Ansökan om kommunalt läkemedelsförråd

Bilaga till rutin [Kommunala läkemedelsförråd](#)

Beslut om inrättande av förråd tas av verksamhetschef avdelningen kvalitet inom hälso-och sjukvård. Oavsett driftsform ansvarar kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) för ansökan om inrättande av nytt kommunalt läkemedelsförråd. Privat vårdgivare ansvarar för att förbereda nödvändiga uppgifter och tillhandahållande av dessa till kommunens MAS.

Ansökan sänds till: Läkemedel Regionkontoret Box 517, 301 80 Halmstad
 Ansökan kan även skannas in och skickas med till e-post: Regionen@regionhalland.se
 Ansökan ska inkomma Regionkontoret senast 8 veckor innan förväntad första leverans.

Uppgifter för ansökan (ifylles av medicinskt ansvarig sjuksköterska - kommun)

- Tillstånd från Inspektion för vård och omsorg (IVO) att bedriva vård finns.
- Om privat vårdgivare: Avtal med kommunen att bedriva vård som avses i hälso-och sjukvårdslagen 2017:30 12 kap. 4 § finns.

Om förrådet ej är beläget på ett boende så ska de boenden som nyttjar det kommunala läkemedelsförrådet uppfylla ovanstående kriterier.

- Typ av förråd som önskas Kommunalt läkemedelsförråd – ordinarie
 Kommunalt läkemedelsförråd - SÄBO

| | |
|--|--|
| Namn på boendet/enhet | |
| Kontaktuppgifter till boendet/enhet (adress, telefonnummer) | |
| Förvaltning/organisation som boendet/enheten tillhör | |
| Motivering till förfrågan om att inrätta ett kommunalt läkemedelsförråd på boendet/enhet | |

| | |
|---|--|
| Information om boende/enhet som kommer nyttja det kommunala läkemedelsförrådet (t.ex. antal boendeplatser som kommer att nyttja läkemedelsförrådet, när kommunalt läkemedelsförråd förväntas börja användas) (ÅÅÅÅ-MM-DD) | |
| Enhetschef eller ansvarig chef för läkemedelsansvarig sjuksköterska på boende/enhet | |
| Kontaktuppgifter till enhetschef /ansvarig chef för läkemedelsansvarig sjuksköterska (e-post, telefonnummer) | |
| Läkemedelsansvarig sjuksköterska på boendet/enhet | |
| Kontaktuppgifter till läkemedelsansvarig sjuksköterska på boendet/enhet (e-post, telefonnummer) | |
| Namn på medicinskt ansvarig sjuksköterska kommun | |
| Kontaktuppgifter medicinskt ansvarig sjuksköterska kommun (e-post, telefonnummer) | |
| Övriga kommentarer | |

 Underskrift MAS kommun

 Namnförtydligande

 Ort och datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)

Uppgifter om leverans (ifylles av Läkemedelsenheten)

[Blanketten skrivs ut och sparas](#) på Läkemedelsenheten i avsedd pärm [med ett ifyllt exemplar av "Bilaga 3 till Instruktion Kunduppgifter Region Halland – Checklista nytt kundnummer"](#)

Notera datum och signum:

- Ansökningsblankett förmedlades från RK till LME: _____
- Stämt av leveransadress och leveransdag med RGS: _____
- Stämt av leveransadress och leveransdag med Apoteket KCGbg: _____
- Förrådets beställningsdag inlagt i WebbAbest: _____
- Beställningsdag och leveransdag är meddelat till MAS: _____

Förrådet har beställningsdag: _____

Förrådet har leveransdag (första ordinarie vardagen efter best.dag): _____

Datum för första leveransdag (ÅÅÅÅ-MM-DD):.....