

Nimi: \_\_\_\_\_ Henkilötunnus: \_\_\_\_\_

Ammattinimike: \_\_\_\_\_

Työnantaja: \_\_\_\_\_

Toimipiste: \_\_\_\_\_

Työnantajan tarkastama pätevyys (lähde / tunniste): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Työnantaja (pvm, allekirjoitus/nimenselvennys): \_\_\_\_\_

**LÄÄKEOSAAMISEN VERKKOTESTIT**

Teoriatentit ovat voimassa viisi (5) vuotta suoritetusta LOP teoriatentistä laskien.

Tentit suoritettu: Päiväys allekirjoitus sekä nimenselvennys

\_\_\_ / \_\_\_ 20\_\_\_ \_\_\_\_\_

**LÄÄKEOSAAMISEN PERUSTEET (LOP)**

Nämä suoritukset oikeuttavat lupaan toteuttaa seuraavia lääkehoitoja lääkärin määräyksen mukaisesti

- antaa luonnollista tietä valmiiksi jaettuja lääkkeitä
- annostella ja jakaa potilaskohtaisia luonnollista reittiä annosteltavia lääkkeitä
- annostella ja antaa ihon alle lääkeinjektioita
- annostella ja antaa lihaksen sisäisiä lääkeinjektioita
- lääkkeettömän, perusliuosta sisältävän infuusion vaihtaminen

Päiväys ja luvan myöntäjän allekirjoitus sekä nimenselvennys

\_\_\_ / \_\_\_ 20\_\_\_ \_\_\_\_\_

**LÄÄKEOSAAMISEN PERUSTEET (LOP-PKV)**

Nämä suoritukset oikeuttavat lupaan toteuttaa seuraavia lääkehoitoja lääkärin määräyksen mukaisesti

- antaa luonnollista reittiä PKV- lääkkeitä
- annostella ja jakaa potilaskohtaisia luonnollista reittiä annosteltavia PKV-läkkeitä

Päiväys ja luvan myöntäjän allekirjoitus sekä nimenselvennys

\_\_\_ / \_\_\_ 20\_\_\_ \_\_\_\_\_

**LÄÄKEOSAAMISEN PERUSTEET (LOP-Rokotus)**

Nämä suoritukset oikeuttavat lupaan toteuttaa seuraavia lääkehoitoja lääkärin määräyksen mukaisesti

- rokotteiden antaminen (laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö)
- rokotuskomplikaation esim. anafylaktisen reaktion hoito

Päiväys ja luvan myöntäjän allekirjoitus sekä nimenselvennys

\_\_\_ / \_\_\_ 20\_\_\_ \_\_\_\_\_

Jakelu:

1) alkuperäinen luvanhaltijalle, 2) kopio luvanhaltijan esimiehelle, säilytetään 1 v luvan voimassaolon päättymisestä

Nimi: \_\_\_\_\_ Henkilötunnus: \_\_\_\_\_

Ammattinimike: \_\_\_\_\_

Työnantaja: \_\_\_\_\_

Toimipiste: \_\_\_\_\_

Työnantajan tarkastama pätevyys (lähde / tunniste): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Työnantaja (pvm, allekirjoitus/nimenselvennys): \_\_\_\_\_

**SUONENSISÄINEN LÄÄKE- JA NESTEHOITO (IV)**

Nämä suoritukset oikeuttavat lupaan toteuttaa seuraavia lääkehoitoja lääkärin määräyksen mukaisesti

- periferisen kanyylin heparinisointi
- aloittaa ja toteuttaa potilaskohtainen nestehoito
- annostella ja antaa suonensisäinen lääkeruiske
- annostella ja lisätä lääkeainetta infuusionesteeseen

Päiväys ja luvan myöntäjän allekirjoitus sekä nimenselvennys

\_\_\_ / \_\_\_ 20\_\_\_ \_\_\_\_\_

**KIVUN LÄÄKEHOITO (KIPU)**

Nämä suoritukset oikeuttavat lupaan toteuttaa seuraavia lääkehoitoja lääkärin määräyksen mukaisesti

- annostella ja toteuttaa infuusio epiduraalitilaan
- annostella ja lisätä lääkeainetta epiduraalitilaan

Päiväys ja luvan myöntäjän allekirjoitus sekä nimenselvennys

\_\_\_ / \_\_\_ 20\_\_\_ \_\_\_\_\_

**VERENSIIRRON (ABO)**

Nämä suoritukset oikeuttavat lupaan toteuttaa verensiirtoja lääkärin määräyksen mukaisesti

- aloittaa verensiirto, tehdä biologinen esikoe ja suorittaa veriyksikön vaihto

Päiväys ja luvan myöntäjän allekirjoitus sekä nimenselvennys

\_\_\_ / \_\_\_ 20\_\_\_ \_\_\_\_\_

**ERILLISLUVAT TYÖYKSIKÖSSÄ**

Lisäkoulutuksen perusteella on oikeus suorittaa seuraavia lääkehoidon erityisosa-alueita

Päiväys ja luvan myöntäjän allekirjoitus sekä nimenselvennys

- \_\_\_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ 20\_\_\_ \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ 20\_\_\_ \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ 20\_\_\_ \_\_\_\_\_

Jakelu:

1) alkuperäinen luvanhaltijalle, 2) kopio luvanhaltijan esimiehelle, säilytetään 1 v luvan voimassaolon päättymisestä

Nimi: \_\_\_\_\_ Henkilötunnus: \_\_\_\_\_  
 Ammattinimike: \_\_\_\_\_  
 Työnantaja: \_\_\_\_\_  
 Toimipiste: \_\_\_\_\_  
 Työnantajan tarkastama pätevyys (lähde / tunniste): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Työnantaja (pvm, allekirjoitus/nimenselvennys): \_\_\_\_\_

Henkilö on suorittanut Tampereen kaupungin edellyttämän lääkehoidon teorian seuraavista lääkehoitolupaan edellytettävistä kokonaisuuksista:

VERKKOTESTIT	
Verkkotestit	Hyväksytty suorituspäivämäärä, tentinvalvojan allekirjoitus ja nimenselvennys
LOP teoria tai vastaava	__ / __ 20__ _____
LOP lääkelaskut tai vastaava	__ / __ 20__ _____
PKV teoria	__ / __ 20__ _____
Rokotus teoria	__ / __ 20__ _____
IV teoria	__ / __ 20__ _____
IV lääkelaskut	__ / __ 20__ _____
Kipu 1 teoria	__ / __ 20__ _____
Kipu 2 teoria	__ / __ 20__ _____
ABO-testi	__ / __ 20__ _____
Teoriantentit ovat voimassa viisi (5) vuotta suoritetusta LOP teoriantentistä laskien.	

Jakelu:

1) alkuperäinen luvanhaltijalle, 2) kopio luvanhaltijan esimiehelle, säilytetään 1 v luvan voimassaolon päättymisestä

Nimi: \_\_\_\_\_ Henkilötunnus: \_\_\_\_\_

Ammattinimike: \_\_\_\_\_

Työnantaja: \_\_\_\_\_

Toimipiste: \_\_\_\_\_

Työnantajan tarkastama pätevyys (lähde / tunniste): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Työnantaja (pvm, allekirjoitus/nimenselvennys): \_\_\_\_\_

## LÄÄKEOSAAMISEN PERUSTEET (LOP) NÄYTÖT

Näytöt	Hyväksytty suorituspäivämäärä, näytön vastaanottajan allekirjoitus ja nimenselvennys
Lääkkeiden jakaminen x 3 oikein	___ / ___ 20__ _____
	___ / ___ 20__ _____
	___ / ___ 20__ _____
Ihon alainen injektio x 3	___ / ___ 20__ _____
	___ / ___ 20__ _____
	___ / ___ 20__ _____
Lihaksen sisäinen injektio x 3	___ / ___ 20__ _____
	___ / ___ 20__ _____
	___ / ___ 20__ _____
Lääkkeettömän infuusion laitto x 3	___ / ___ 20__ _____
	___ / ___ 20__ _____
	___ / ___ 20__ _____

Jakelu:

1) alkuperäinen luvanhaltijalle, 2) kopio luvanhaltijan esimiehelle, säilytetään 1 v luvan voimassaolon päättymisestä

Nimi: \_\_\_\_\_ Henkilötunnus: \_\_\_\_\_

Ammattinimike: \_\_\_\_\_

Työnantaja: \_\_\_\_\_

Toimipiste: \_\_\_\_\_

Työnantajan tarkastama pätevyys (lähde / tunniste): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Työnantaja (pvm, allekirjoitus/nimenselvennys): \_\_\_\_\_

**LÄÄKEOSAAMISEN PERUSTEET (LOP-PKV) NÄYTÖT**

<b>Näytöt</b>	<b>Hyväksytty suorituspäivämäärä, näytön vastaanottajan allekirjoitus ja nimenselvennys</b>	
PKV-lääkkeiden tunnistaminen ja niiden erityispiirteiden kuvailu	___ / ___ 20__	_____
N-lääkkeen jakaminen x 3 oikein	___ / ___ 20__	_____
N-lääkelaastarin poistaminen ja antaminen x 3	___ / ___ 20__	_____
N-lääkkeiden kirjaaminen x 3	___ / ___ 20__	_____
	___ / ___ 20__	_____
	___ / ___ 20__	_____

Jakelu:

1) alkuperäinen luvanhaltijalle, 2) kopio luvanhaltijan esimiehelle, säilytetään 1 v luvan voimassaolon päättymisestä

Nimi: \_\_\_\_\_ Henkilötunnus: \_\_\_\_\_

Ammattinimike: \_\_\_\_\_

Työnantaja: \_\_\_\_\_

Toimipiste: \_\_\_\_\_

Työnantajan tarkastama pätevyys (lähde / tunniste): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Työnantaja (pvm, allekirjoitus/nimenselvennys): \_\_\_\_\_

## LÄÄKEOSAAMISEN PERUSTEET (LOP-Rokotus) NÄYTÖT

Näytöt	Hyväksytty suorituspäivämäärä, näytön vastaanottajan allekirjoitus ja nimenselvennys
Rokotuksen valmistelu (rokotteen sopivuus, vasta-aiheet, adrenaliini)	___ / ___ 20___ _____
Anafylaktisen reaktion ja sen hoidon ymmärtäminen ja kuvailu	___ / ___ 20___ _____
Rokotteen käyttökuntoon saattaminen	___ / ___ 20___ _____
Ihon alainen injektio	___ / ___ 20___ _____
Lihaksen sisäinen injektio	___ / ___ 20___ _____
Rokotuksen kirjaaminen	___ / ___ 20___ _____

Jakelu:

1) alkuperäinen luvanhaltijalle, 2) kopio luvanhaltijan esimiehelle, säilytetään 1 v luvan voimassaolon päättymisestä

Nimi: \_\_\_\_\_ Henkilötunnus: \_\_\_\_\_

Ammattinimike: \_\_\_\_\_

Työnantaja: \_\_\_\_\_

Toimipiste: \_\_\_\_\_

Työnantajan tarkastama pätevyys (lähde / tunniste): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Työnantaja (pvm, allekirjoitus/nimenselvennys): \_\_\_\_\_

## SUONENSISÄINEN LÄÄKE- JA NESTEHOITO (IV) NÄYTÖT

Näytöt	Hyväksytty suorituspäivämäärä, näytön vastaanottajan allekirjoitus ja nimenselvennys	
Infuusion käyttökuntoon saattaminen x 3	__ / __ 20__	_____
	__ / __ 20__	_____
	__ / __ 20__	_____
Lääke- tai konsentraatio-lisäys x 3	__ / __ 20__	_____
	__ / __ 20__	_____
	__ / __ 20__	_____
Kanylointi ja infuusion aloittaminen x 3	__ / __ 20__	_____
	__ / __ 20__	_____
	__ / __ 20__	_____

Jakelu:

1) alkuperäinen luvanhaltijalle, 2) kopio luvanhaltijan esimiehelle, säilytetään 1 v luvan voimassaolon päättymisestä

Nimi: \_\_\_\_\_ Henkilötunnus: \_\_\_\_\_

Ammattinimike: \_\_\_\_\_

Työnantaja: \_\_\_\_\_

Toimipiste: \_\_\_\_\_

Työnantajan tarkastama pätevyys (lähde / tunniste): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Työnantaja (pvm, allekirjoitus/nimenselvennys): \_\_\_\_\_

## KIVUN LÄÄKEHOITO (KIPU) NÄYTÖT

Näytöt	Hyväksytty suorituspäivämäärä, näytön vastaanottajan allekirjoitus ja nimenselvennys
Jatkuva infuusio epiduraalisesti x 3	___ / ___ 20___ _____ ___ / ___ 20___ _____ ___ / ___ 20___ _____
Epiduraalisen lääkehoidon riskien ymmärtäminen ja komplikaatiotilanteen hoidon selvittäminen suullisesti näytönvastaanottajalle	___ / ___ 20___ _____

Jakelu:

1) alkuperäinen luvanhaltijalle, 2) kopio luvanhaltijan esimiehelle, säilytetään 1 v luvan voimassaolon päättymisestä



Nimi: \_\_\_\_\_ Henkilötunnus: \_\_\_\_\_

Ammattinimike: \_\_\_\_\_

Työnantaja: \_\_\_\_\_

Toimipiste: \_\_\_\_\_

Työnantajan tarkastama pätevyys (lähde / tunniste): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Työnantaja (pvm, allekirjoitus/nimenselvennys): \_\_\_\_\_

**VERENSIIRRON ABO NÄYTÖT**

<b>Näytöt</b>	<b>Hyväksytty suorituspäivämäärä, näytön vastaanottajan allekirjoitus ja nimenselvennys</b>
Verensiirron aloittaminen x 3	____ / ____ 20__ _____ ____ / ____ 20__ _____ ____ / ____ 20__ _____
Biologinen esikoe x 3	____ / ____ 20__ _____ ____ / ____ 20__ _____ ____ / ____ 20__ _____

Jakelu:

1) alkuperäinen luvanhaltijalle, 2) kopio luvanhaltijan esimiehelle, säilytetään 1 v luvan voimassaolon päättymisestä