

Vaccination - Formulär för delegeringsbeslut

Delegering inom läkemedelshantering får enbart ske när det är förenligt med kravet på en god och säker vård, och utförs på så vis att kraven i [Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården \(HSLF-FS 2017:37\)](#) avseende kontroll och dokumentation vid iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel uppfylls.

Den som administrerar vaccinet måste ha tillgång till aktuell, patientindividuell ordination samt ha möjlighet att dokumentera utförd arbetsuppgift direkt i patientjournalen alternativt på ordinationsunderlaget på ett relevant, spårbart och tydligt sätt. Den som administrerar vaccinet ska ha kompetens och möjlighet att utföra rimlighetsbedömning av ordinerad dos.

Delegeringsbeslut, Härmed delegeras till:

Namn:		Personnummer:	
Enhet/arbetsplats:		Befattning:	

Att utföra nedanstående arbetsuppgift enligt angivna förutsättningar

Uppgift(er) som ska utföras:

- ge intramuskulär injektion av ordinerat vaccin

Utbildning, kompetenskontroll

Genomgått utbildning via KTC - teoretisk och praktisk eller likvärdig utbildning och har erhållit godkänt kunskapstest

Mottagarens ansvar och godkännande

Genom min underskrift försäkrar jag att jag är införstådd i att jag i och med delegeringen betraktas som hälso- och sjukvårdspersonal. Jag intygar att jag är kompetent att utföra ovanstående arbetsuppgifter och jag tar ansvar för hur jag utför dem. Jag vet att delegeringen är personlig och att uppgiften-/erna därför inte kan överlåtas på någon annan.

Jag intygar att jag är väl förtrogen med innehållet i nedanstående dokument:

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård ([SOSFS 1997:14](#)), Patientsäkerhetslagen ([SOSFS 2010:659](#)), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården ([HSLF-FS 2017:37](#))

Datum

namnteckning, anställd

namnförtydligande

Dokumentnamn: Vaccination - Formulär för delegeringsbeslut

Dokument ID: 09-563856

Giltigt t.o.m.: 2025-05-04

Revisionsnr: 1

Utgivarens ansvar och godkännande

Genom min underskrift intygar jag att den som mottar denna delegering har erhållit tillräcklig undervisning och instruktion, eller vid förnyelse av beslut, genomgått uppföljande kunskapskontroll, angående angiven/angivna arbetsuppgifter och jag har förvissat mig om att uppgiftsmottagaren har tillräcklig kunskap och erfarenhet för att kunna utföra beskrivna arbetsuppgift(er) på ett bra sätt. Jag ansvarar för att följa upp hur arbetsuppgifterna utförs.

Datum	namnteckning, legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal	namnförtydligande
-------	--	-------------------

Delegeringens giltighetstid

Delegeringen är giltig först efter att dokumentet undertecknats av utgivare och mottagare av delegeringen. Delegeringen är personlig och kan gälla längst ett år. Vid förlängning upprättas en ny version av dokumentet och skrivs under av utgivare och mottagare av delegeringen.

Delegeringen giltig

Datum från _____

Datum till _____