Följande arbetsuppgifter överlåts till tandsköterska/ leg. tandhygienist. Genom att kryssa ja eller nej i rutorna nedan väljs vilken arbetsuppgift som överlåts. På det som kryssas nej och som är aktuellt på enheten, ska i enhetens rutin för läkemedelshantering beskrivas hur dessa ansvarsuppgifter hanteras.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Enhet:** |  | | |
| **Namn & titel:** |  | | |
| **Gäller fr.o.m.** |  | **Gäller t.o.m.** |  |

Datumet t.o.m. fylls i när detta dokument ersätts av ett nytt

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ja** | **Nej** |  |
| □ | □ | Ansvar för att ordning och hygien i läkemedelsförråden upprätthålls |
| □ | □ | Ansvar för att leveranser från apoteket kontrolleras och tas omhand |
| □ | □ | Ansvar för att hemkommen narkotika registreras |
| □ | □ | Ansvar för att kassation av läkemedel sker på rätt sätt |
| □ | □ | Ansvar för att temperatur i kylskåp och läkemedelsrum kontrolleras och dokumenteras |
| □ | □ | Ansvar för hållbarhetskontroll |
| □ | □ | Ansvar för att indragningsskrivelser och meddelande från apoteket åtgärdas enligt angiven brådskandegrad |
| □ | □ | Ansvar för att avvikelser från föreskrifter, enhetens rutin för läkemedelshantering och i övrigt oönskade händelser rapporteras till klinik-/verksamhetschef |
| □ | □ | Att vara kontaktperson för Regionens läkemedelssektion och levererande apotek |
| □ |  |  |
| □ |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Undertecknad accepterar att fullgöra ovan beskrivna arbetsuppgifter  Datum  ……………………………………………….  Namnteckning | Klinik-/Verksamhetschef  Datum  ……………………………………………….  Namnteckning / namnförtydligande |