

Vårdenhet	Vårdtagare
-----------	------------

Behandlingsanvisning från patientansvarig läkare till sjuksköterska inom kommunal hälso- och sjukvård angående intravenös eller intramuskulär injektion (t ex järn- och antibiotikainjektion) med risk för överkänslighetsreaktion

	JA	NEJ
Information har getts till vårdtagaren angående risker vid intravenös eller intramuskulär administration av aktuellt läkemedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

vårdtagare:.....
vårdtagare

Information har getts till anhörig angående risker vid intravenös eller intramuskulär administrering av aktuellt läkemedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

anhörig:.....
anhöriga

Skriftliga ordinationer har getts till omvårdnadsansvarig sjuksköterska i kommunen om vad som skall ges vid en eventuell anafylaktisk chock. Till ordinationen har bifogats recept på ev läkemedel som inte finns att tillgå i akutläkemedelsförråd. (Se Rek-läkemedel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Namn på omv.ansvarig sjuksköt.....

Enligt SOSFS 2009:16 3§ framgår att där behandlingar med risk för överkänslighetsreaktioner utförs skall det finnas akutbricka eller akutväska. Personal som har kompetens att behandla överkänslighetsreaktioner skall finnas tillgänglig.

Inom kommunal hälso- och sjukvård finns enbart tillgång till akutläkemedel enligt lista som fastställts av Läkemedelskommittén för Västra Götaland. Syrgas finns enbart enligt individuell förskrivning.

Undertecknad patientansvarig läkare är medveten om de begränsningar som finns inom kommunal hälso- och sjukvård i förhållande till krav som framgår av ändringsföreskrift SOSFS 2009:16 Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 1999:26) om att förebygga och ha beredskap för att behandla vissa överkänslighetsreaktioner. Undertecknad är ytterst ansvarig för att intravenös eller intramuskulär läkemedelsadministrering sker i ordinärt/särskilt boende i detta fall.

Datum.....

Patientansvarig läkare (PAL)...../.....
Underskrift Namnförtydligande