

Lääkehoitolupa ihonalaisille pistoksille (varhaiskasvatus, koulu)

1. Luvan hakijan henkilötiedot

Nimi	Syntymäaika
Koulutus	Työtehtävä
Yksikkö ja paikkakunta	

2. Lääkehoitokoulutus

- terveydenhuollon nimikesuojattu ammattihenkilö (esim. lähihoitajan tutkinto)
- sosionomi, jonka koulutukseen sisältynyt lähihoitajaopintoja vastaava määrä lääkehoidon koulutusta
- lääkehoidon lisäkoulutus suoritettu, ei terveydenhuollon ammattikoulutusta (esim. varhaiskasvatuksen opettaja/lastenhoitaja/ohjaaja, perhepäivähoitaja, opettaja, koulunkäynninavustaja, henkilökohtainen ohjaaja)

Pvm ja kouluttaja _____
(tarvittaessa liitteenä koulutuksen tarkempi kuvaus)

Esihenkilön vahvistus (koulutustausta / lisäkoulutukseen osallistuminen varmistettu)

Aika ja paikka: ____ / ____ _____

Esihenkilön allekirjoitus ja nimenselvennys

3. Hyväksytyt pistosnäytöt (lääkkeen annostelu ihon alle, s.c.)

Ensimmäinen lupa, näyttö x 3

Pvm vastaanottaja (allekirjoitus, nimenselvennys, ammattinimike, yksikkö)

Luvan uusinta, pistosnäyttö x 1-3 (uusinta 5 vuoden välein, näyttö vähintään kerran)

Pvm vastaanottaja (allekirjoitus, nimenselvennys, ammattinimike, yksikkö)



Luvan uusinta, näyttö osana omaa työtehtävää (uusinta 5 vuoden välein, näyttönä ihonalaisen pistoshoidon jatkuva toteuttaminen omassa työssä ongelmitta)

Pvm _____ (Esihenkilön allekirjoitus, nimenselvennys, ammattinimike, yksikkö)

4. Lupa ihonalaisen pistoslääkehoidon (kuten insuliinihoito) suorittamiseen varhaiskasvatuksessa / koulussa

Lupa on voimassa 5 vuotta ensimmäisestä näytön suorituspäivästä alkaen.

Pvm ___ / ___ _____

Luvan myöntäjä, allekirjoitus ja nimenselvennys (Pirkanmaan hyvinvointialueen Lasten, nuorten ja perheiden palveluiden apulaisylilääkäri tai ylilääkäri tai heidän nimeämensä varahenkilö)

Esihenkilön tulee lisäksi varmistaa tarvittaessa seuraavat lääkkeiden ihon läpäisevään annosteluun liittyvät osaamiset:

- **Insuliinipumpun käyttö**

- Opastus annettu diabetespoliklinikalla/kuntoutusohjaajan toimesta, pvm, allekirjoitus ja nimenselvennys _____
- Muutoin annettu opastus, missä _____
pvm, allekirjoitus ja nimenselvennys _____

- **Adrenaliinikynän käyttö**

- Ohjevideo katsottu, pvm _____
- [Adrenaliinikynän käyttö - Terveyskirjasto](#)