

Navn:
Tjenestested:
Dato:



Sjekkliste for praktisk opplæring til medarbeidere som skal gis utvidet fullmakt til å administrere ferdigfylte insulinpenn

Administrering av ferdigfylt insulinpenn	Ja
Jeg kan måle blodsukker, vet hvilke blodsukkerverdier som er normale og unormale, og vet at dette kan variere fra pasient til pasient.	
Jeg kan dokumentere blodsukkerverdier i pasientjournal. Papirskjema kan benyttes, men blodsukkerverdier skal alltid dokumenteres i pasientjournal.	
Jeg vet hvordan insulinpreparater skal oppbevares og merkes, og sjekker åpningsdato før jeg administrerer insulin.	
Jeg vet at det finnes hurtigvirkende, middels langtidsvirkende og langtidsvirkende insulin. Jeg kjenner til når på døgnet de ulike insulinpreparatene skal gis, og hvordan de skal gis i forbindelse med måltid.	
Jeg vet at jeg finner insulintype og dosering i legemiddellisten.	
Jeg kontrollerer at insulindosen som trekkes opp stemmer med legemiddellisten, og vet hva jeg skal gjøre når jeg er i tvil.	
Jeg kjenner til at målenheten på insulin alltid skal være skrevet som E (Merk: kan også være skrevet som IE.).	
Jeg kjenner til at det finnes ulike størrelser på nålene, at de skal brukes kun en gang og hvordan de skal kastes.	
Jeg kjenner til symptomer ved lavt blodsukker, hvilke tiltak som skal iverksettes og hvem jeg skal kontakte.	
Jeg kjenner til symptomer ved høyt blodsukker, hvilke tiltak som skal iverksettes og hvem jeg skal kontakte.	
Jeg vet hva jeg skal sjekke før jeg setter insulin.	
Jeg vet hva jeg skal gjøre dersom jeg oppdager at pasient har fått feil dose insulin.	
Jeg dokumenterer med en gang at insulin er gitt, både som fast legemiddel og når det er gitt som behovslegemiddel.	
Jeg vet hvor jeg skal kaste insulinpenn når de er oppbrukt.	
Jeg vet hvor på kroppen injeksjonene skal injiseres, bruker riktig injeksjonsteknikk og varierer injeksjonssted.	
Veiledning gjennomført	
Jeg har observert minst tre (3) insulininjiserings med tilhørende vurderinger <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Jeg har gjennomført og mestret minst fem (5) insulininjiserings med tilhørende vurderinger under oppsyn av sykepleier/vernepleier/farmasøyt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Veiledende sykepleier/vernepleier/farmasøyt bekrefter med sin signatur at sjekklisten i sin helhet er gjennomgått, og at kompetansen til medarbeider ansees å være tilstrekkelig for å få fullmakt til å administrere ferdigfylte insulinpenn på forsvarlig måte.

Medarbeideren bekrefter med sin signatur at sjekklisten i sin helhet er gjennomgått, og at vedkommende har fått tilstrekkelig veiledning av sykepleier/vernepleier/farmasøyt slik at ferdigfylte insulinpenn kan administreres på forsvarlig måte.

Navn:
Tjenestested:
Dato:
Avdeling og team:



Sted og dato:

Veiledende sykepleier/vernepleier/farmasøyt

Medarbeider