

POVERENIE NA INTRAVENÓZNU APLIKÁCIU LIEKOV A PARENTERÁLNEJ VÝŽIVY

Ambulantné zdravotnícke zariadenie:* Adoska, s.r.o., Kapitulská 13, Trnava 917 01,
t.č.0908723 856

meno a priezvisko osoby

r. č. osoby

Poverujem registrované sestry **Annu Lorinczovú, Mgr.,Bc. Vieru Hlavatú, Msc, Ľubicu Vaškovú

intravenóznou aplikáciou liekov a parenterálnej výživy na základe ordinácií uvedených v zdravotnej dokumentácii osoby.

1. i.v. infúzia (názov lieku/zloženie infúzie):

.....

2. i.v. injekcia

3. parenterálna výživa

frekvencia podávania

Dátum:

Platnosť poverenia do: (Poznámka: maximálne na pol roka)



Odtlačok pečiatky a podpis poverujúceho lekára potvrdzujúci poverenie a vykonanie poučenia registrovanej sestry alebo registrovanej pôrodnej asistentky o jej postupe pri výskyte komplikácií:

Potvrdzujem svojim podpisom, že som bola poverujúcim lekárom zrozumiteľne poučená o postupe pri výskyte komplikácií pri intravenóznej aplikácii a že som mala možnosť bez nátlaku a dostatočný čas na slobodné rozhodnutie a s poverením súhlasím.

Meno, priezvisko a podpis poverenej/ých registrovanej/ých sestry/ier (registrovanej/ých pôrodnej/ých asistentky/iek):

.....
Dokument o poverení je súčasťou zdravotnej dokumentácie podľa § 19 ods. 2 písm. c) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

* Uvedie sa druh zdravotníckeho zariadenia a rodné číslo pacienta.

** Uvedie sa meno a priezvisko poverenej/ých sestry/sestier alebo pôrodnej asistentky/pôrodných asistentiek.