



Anmälan om inrättande/ändring av landstingsfinansierat Akut- och buffertförråd i kommun:

Anmälan avser

- ☐ Inrättande av nytt förråd
- ☐ Inrättande av nytt förråd med utökat sortiment (ett per kommun)
- ☐ Namnändring ☐ Upphörande
- ☐ Adressändring

Kommun	
Boendets namn	
Leveransadress	
Postnummer	Ort
Tel.nr till boendet	
Antal platser på boendet	
Enhetschef	
E-post (enhetschef)	
Anmälan/Ändring gäller från (datum):	

Kommunens åtagande:

- Utse läkemedelsansvarig sjuksköterska
 - Utse och anmäla behöriga beställare till behörighet i landstingets beställningssystem
 - Ansvara för att förvara läkemedel i särskilt läkemedelsrum på enheten, på hyllor avskilda från läkemedel i Korttidsförråd
 - Ansvara för att aktuella riktlinjer och PM för Akut- och Buffertförråd på kommunala enheter i Sörmland följs, se *Läkemedelskommitténs webbsida*
 - Ansvara för ev. kostnader för transporter
- ☐ Läkemedelsrum/läkemedelsskåp på sjuksköterskeexpedition har godkänts av Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Kvalitetsgranskande farmaceut _____ (namn)

Anmälan gjord av Medicinskt ansvarig sjuksköterska:

Namn
Namnförtydligande
Tel
E-post
Datum för anmälan

*Anmälan/ändring skickas till: Läkemedelsförsörjningen,
Läkemedelskommittén, Landstinget Sörmland, 631 88 Eskilstuna*



Granskat av Läkemedelskommittén:

Namn
Namnförtydligande
Datum

Leveransadress upplagd/ändring utförd i landstingets beställningssystem:

Namn
Namnförtydligande
Datum

Ändring utförd hos leverantör(er):

Namn
Namnförtydligande
Datum