



Bilaga 1

Ansökan om inrättande av landstingsfinansierat läkemedelsförråd vid kommunens enhet för korttidsvistelse, s.k. Korttidsförråd:

Ansökan avser

- | | |
|--|--|
| ☐ Inrättande av nytt förråd | ☐ Adressändring |
| ☐ Namnändring | ☐ Upphörande |

Kommun	
Boendets namn	
Leveransadress	
Postnummer	Ort
Tel.nr till boendet	Antal platser på boendet
Enhetschef	
E-post (enhetschef)	
Ansökan/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 Akut- och buffertförråd
 - Ansvara för att rutiner för Korttidsförråd 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)

Ansökan gjord av Medicinskt ansvarig sjuksköterska:

Namn	
Namnförtydligande	
Tel	
E-post	Datum för ansökan

Beslut: Hälsö- och sjukvårdschefen har, efter Läkemedelskommitténs granskning, beslutat att korttidsförråd enligt ansökan ovan får upprättas.

Namn

Namnförtydligande, Hälsö- och sjukvårdschef, Landstinget Sörmland

Ansökan 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