Läkemedel som enligt generellt direktiv får ges av sjuksköterska vid: Klicka här för att ange vårdenhet.

Enligt HSLF-FS 2017:37 får endast läkare utfärda generella direktiv om läkemedelsbehandling. Ett generellt direktiv ska vara skriftligt och innehålla uppgifter om läkemedelsnamn eller aktiv substans, läkemedelsform, styrka, dosering, maxdos, administreringssätt, indikationer och kontraindikationer samt antal tillfällen läkemedlet får ges utan att en läkare kontaktas.Generella direktiv om läkemedelsbehandling ska utfärdas restriktivt och omprövas återkommande.

**Innan ett läkemedel med stöd av ett generellt direktiv om läkemedelsbehandling iordningställs och administreras eller överlämnas till en patient ska en sjuksköterska 1. göra en bedömning av patientens behov av läkemedlet, och 2. kontrollera läkemedlets indikation och kontraindikationer. Bedömningen ska dokumenteras i patientjournalen.**

| Indikation | Läkemedelsnamn (eller aktiv substans), läkemedelsform och styrka  | Dosering | Administrerings-sätt | Maxdos och Antal doseringstillfällen utan läkarkontakt | Äldre, särskilda rekommendationer  | Kontraindikation och ev. annan anmärkning |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |  |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum för fastställande Klicka här för att ange datum.

*Verksamhetschef/medicinsk rådgivare underskrift*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Giltig t.o.m. Klicka här för att ange datum.

*Namnförtydligande*