

## Anmälan om inrättande/ändring av akut- och buffert- läkemedelsförråd på kommunernas särskilda boenden och i hemsjukvård i Sörmland

Kommun: \_\_\_\_\_  
Boendets namn: \_\_\_\_\_  
Antal platser på boendet: \_\_\_\_\_  
Leveransadress: \_\_\_\_\_  
Postnummer och ort: \_\_\_\_\_  
Enhetschef (namn): \_\_\_\_\_  
Ändringen gäller från: \_\_\_\_\_

### Anmälan avser:

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

### Kommunens åtagande:

- Utse läkemedelsansvarig sjuksköterska
- Utse och anmäla behöriga beställare till Läkemedelskommittén
- Ansvara för att förvara läkemedel i särskilt läkemedelsrum på enheten, på hyllor avskilda från läkemedel i kortvårdsförråd
- Ansvara för att aktuell rutin för akut- och buffertläkemedelsförråd följs
- Ansvara för eventuella kostnader för transporter

**Härmed intygas** att läkemedelsrum/läkemedelsskåp har godkänts av:

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (namn): \_\_\_\_\_

Kvalitetsgranskande farmaceut (namn): \_\_\_\_\_

### Anmälan gjord av Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Namn: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
E-post: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_

Skickas till Läkemedelskommittén, Region Sörmland, 631 88 Eskilstuna

Var god vänd

## Granskat av Läke-medelskommittén

Namn
Namnförtydligande
Datum

Leveransadress upplagd/ändring utförd i regionens elektroniska beställningssystem:

Namn
Namnförtydligande
Datum

Ändring utförd hos leverantör(er):

Namn
Namnförtydligande
Datum