

INHALASJONSVEILEDNING

KOMPETANSEBEVIS - for tjenestefarmasøyter

Navn:

Apotek:

En oversikt over opplæringsprogrammet finnes på apokus.no.

| FARMAKOTERAPI | VED 1. GANGS GODKJENNING | VED REGODKJENNING (MINST HVERT 3. ÅR) | | | |
|---|--------------------------|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <i>Fylles ut av tjenestefarmasøyten</i> | Dato, sign. | Dato, sign. | Dato, sign. | Dato, sign. | Dato, sign. |
| Læringsmål - Astma og kols oppnådd* | | | | | |
| AP247 Kunnskapstest - Astma og kols* | | | | | |
| INHALASJONSVEILEDNING | VED 1. GANGS GODKJENNING | VED REGODKJENNING (MINST HVERT 3. ÅR) | | | |
| <i>Fylles ut av tjenestefarmasøyten</i> | Dato, sign. | Dato, sign. | Dato, sign. | Dato, sign. | Dato, sign. |
| AP215 Inhalasjonsveiledning | | | | | |
| Bransjestandard | | | | | |
| Tjenestemanual | | | | | |
| Faktaark | | | | | |
| Læringsmål - Inhalasjonsveiledning oppnådd* | | | | | |
| AP248 Kunnskapstest - Inhalasjonsveiledning* | | | | | |
| Praktisk trening | | | | | |
| SAMLET OPPLÆRING | VED 1. GANGS GODKJENNING | VED REGODKJENNING (MINST HVERT 3. ÅR) | | | |
| <i>Fylles ut av apoteker/bestyrer/avdelingsleder</i> | Dato, sign. | Dato, sign. | Dato, sign. | Dato, sign. | Dato, sign. |
| Kompetansevurdering utført i henhold til «Veiledning til apoteker»* | | | | | |
| Opplæring gjennomført i henhold til plan og krav* | | | | | |

Ved første gangs godkjenning skal det dokumenteres at alle elementer er gjennomført.

*Skal utføres ved både godkjenning og hver regodkjenning.