

Uusi lupa tai muutoslupa rajatusta lääkevarastosta yksityiselle sosiaalihuollon palveluasumisyksikölle

Lomake on tarkoitettu sosiaalihuollon palveluasumisyksiköiden käyttöön. Täytähän tiedot huolellisesti ja oman lomakkeen kullekin toimintayksikölle.

Yksityiset palveluntuottajat voivat tarkistaa tietonsa Valviran sähköisessä asiointissa.

Kaikki kentät tulee täyttää uutta lupaa hakiessa. Muutoslupaa hakiessa, täytä vain kentät, joita muutos koskee.

Vakiotiedot

Hakemuksen tyyppi

Uusi lupa (jos kyseessä on uusi lupa, siirry kohtaan lupaviranomainen)

Muutoslupa

Kuvaile lyhyesti ilmoittamasi muutos _____

Rajatun lääkevaraston päättymispäivämäärä (jos kyseessä toiminnan lopettaminen) _____

Aiemmin rekisteröidyn lääkevarastoasian diaarinumero _____

Lupaviranomainen

Yksityisten palveluntuottajien lääkevarastoa koskevan lupa-asian käsittelee joko aluehallintovirasto tai Valvira. Toiminta-alueen voi tarkistaa aluehallintoviraston [kuntaluettelosta](#).

- yhden aluehallintoviraston alueelle sijoittuvat palvelujen tuottajat toimivat aluehallintoviraston luvalla ja
- kahden tai useamman aluehallintoviraston alueelle sijoittuvat palvelujen tuottajat toimivat Valviran luvalla.

Valitse lupaviranomainen

Ahvenanmaa

Etelä-Suomen aluehallintovirasto

Itä-Suomen aluehallintovirasto

Lapin aluehallintovirasto

Lounais-Suomen aluehallintovirasto

Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirasto

Pohjois-Suomen aluehallintovirasto

Valvira

Palveluntuottajan tiedot

Y-tunnus _____

Palveluntuottajan nimi _____

Palveluntuottajan OID-koodi _____

Palveluntuottajan vastuhenkilö _____

Palveluntuottajan sähköpostiosoite _____

Toimintayksikön tiedot

Toimintayksikön nimi _____

Toimintayksikön vastuhenkilö _____

Toimintayksikön OID-koodi _____

Toimintayksikön sähköpostiosoite _____

Toimintayksikön käyntiosoite _____

Toimintayksikön postinumero ja -toimipaikka _____

Toimintayksikön vastuhenkilö

Sukunimi _____

Etunimet _____

Sähköpostiosoite _____

Toimintayksikön terveydenhuollosta vastaava lääkäri (jos sellainen on)

Sukunimi _____

Etunimet _____

Rekisteröintinumero _____

Sähköpostiosoite _____

Toimintayksikön lääkehoitosuunnitelman hyväksynyt laillistettu lääkäri

Sukunimi _____

Etunimet _____

Rekisteröintinumero _____

Sähköpostiosoite _____

Kokemus

Tehtävät asiakkaiden lääkehoidossa

Lääkevaraston vastuhenkilö

Sukunimi _____

Etunimet _____

Rekisteröintinumero _____

Sähköpostiosoite (*lääkevarastoon liittyvät ilmoitukset lähetetään tähän sähköpostiosoitteeseen*)

Kokemus

Tehtävät asiakkaiden lääkehoidossa

Toiminta

Kuvaus tarjottavasta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista ja niiden sisällöstä

Kuvaus palvelujen kohderyhmästä ja asukkaiden palvelujen ja lääkehoidon tarpeesta

Kuvaus lääkevaraston tiloista ja välineistä

Henkilöstö henkilötyövuosina (HTV)

Laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö (*sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, kätilö*)

(HTV)

Yhteensä _____

joista lääkehoitoa toteuttavat _____

joista voimassa olevan lääkemääräyksen _____

perusteella lääkehoidon aloittamiseen oikeutetut _____

Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto (*lähihoitaja*)

Yhteensä _____

joista lääkehoitoa toteuttavat _____

joista lääkärin konsultaation ja sen perusteella _____

saatuun lääkemääräykseen perustuvaan _____

lääkehoidon aloittamiseen oikeutetut _____

Laillistettu sosiaalihuollon ammattihenkilö (*sosiaalityöntekijä, sosionomi, geronomi, kuntoutuksen ohjaaja*)

Yhteensä _____

joista lääkehoitoa toteuttavat _____

joista lääkärin konsultaation ja sen perusteella _____

saatuun lääkemääräykseen perustuvaan _____

lääkehoidon aloittamiseen oikeutetut _____

Toimintayksikössä lääkkeitä lääkevarastosta voi asiakkaalle antaa vain riittävän lääkehoidon koulutuksen saanut laillistettu tai nimikesuojattu terveydenhuollon tai sosiaalihuollon ammattihenkilö, joilla on tarvittava lääkehoidon koulutus ja varmistettu lääkehoidon osaaminen, ja tällaista henkilöstöä on riittävästi paikalla kaikkina vuorokauden aikoina. Kyllä Ei

Toimintayksikkö huolehtii siitä, että asiakkaiden on mahdollista päästä lääkäripalveluiden piiriin hoitotarvettaan vastaavalla tavalla kaikkina vuorokauden aikoina. Kyllä Ei

Hakemuksen liitteet

lääkehoitosuunnitelma rajatusta lääkevarastosta (*ei koko toimipaikan lääkehoitosuunnitelma*)

Allekirjoitus

Allekirjoitus _____

Nimenselvennys _____

Paikka ja aika _____

Ohjeistus

Jos lähetät hakemuksen sähköpostilla, on suositeltavaa käyttää aluehallintoviraston suojattua sähköpostiyhteyttä. Käytä suojattua sähköpostiyhteyttä ainakin silloin, jos aineisto sisältää salassa pidettäviä tai muuten arkaluontoisia tietoja. Suojattu sähköposti:

turvaviesti.avi.fi

Aluehallintovirastojen yhteystiedot

[Aluehallintovirastojen yhteystiedot](https://avi.fi/yhteystiedot) (<https://avi.fi/yhteystiedot>)