

Senast reviderat: 2026-06-16 rev 1

Dokumentet gäller för: Sektionen för Hematologi och Koagulation

Innehållsansvarig: Ielaf Alwan, klinisk apotekare

Godkänd av: Martin Stenson, Sektionschef

Lokal läkemedelshanteringsrutin avdelning 141

Revideringar i denna version

- Den tidigare gemensamma rutinen har delats upp i två lokala rutiner – en för mottagning och en för avdelningen. Rutinen ska läsas i sin helhet.
- Tillägg av PNL: s beställningsförfarande för läkemedel i sortiment.
- Uppdaterade hänvisningar till relaterade dokument.
- Uppdatering av ansvarsbeskrivningar.
- Smärre språkliga förändringar.

Revisionshistoria

Rev	Giltig från	Förändring	Författare
6	2025-05-15	• Uppdaterade hänvisningar till relaterade dokument. • Tillägg av PNL: s beställningsförfarande för läkemedel i sortiment. • Uppdatering av ansvarsbeskrivningar.	Ielaf Alwan
5	23-04-24	• Uppdaterade hänvisningar till relaterade dokument. • Tillägg av PNL: s beställningsförfarande för läkemedel i sortiment. • Uppdatering av ansvarsbeskrivningar.	Ielaf Alwan
4	21-11-08	• Uppdatering enligt reviderad mall för Lokala tillägg. • Uppdaterade hänvisningar till relaterade dokument. • Förtydligande om delegering vid vaccinationer. • Tillägg av beställningsförfarande för vaccin för säsongsinfluensa. • Mindre språkliga och redaktionella ändringar.	Elisabeth Wallhult
3	19-02-01	• Byte av namn från Läkemedelshantering till Läkemedelshantering Lokala tillägg. • Rutinen har utformats och texten utökats i enlighet med SU-gemensam mall.	Elisabeth Wallhult
2.1	13-04-30	• Namnändringar tex. avd.140 är bytt till Hematologimottagning Sahlgrenska.	Kristina Örnberg Miriam Feldt
1.1	10-08-31	-	Kristina Örnberg Miriam Feldt
	09-12-07	-	Kristina Örnberg Miriam Feldt
	08-08-30	-	Kristina Örnberg Miriam Feldt
	05-12-31	-	Malin Håkansson

Uppföljning utvärdering och revision

Medvetet avsteg från medicinsk vårdrutin dokumenteras i Melior. Avvikelse från Rutin hanteras i MedControl Pro.

Granskare

Vase Andonovska, Vårdenhetschef
Elisabeth Wallhult, Leg. Sjuksköterska
Martin Stenson, Sektionschef

Innehåll

1	Bakgrund	2
2.	Ansvar	3
3.	Ordination	3
4.	Beställning av läkemedel	4
5.	Förvaring och skötsel av läkemedelsförråd	6
6.	Iordningställande och administrering/överlämnande	7
7.	Överflyttningar mellan vårdenheter	9
8	Arbetsmiljöaspekter	9
9.	Miljöaspekter och läkemedelsavfall	10
10.	Kvalitetssäkring	10
11.	Narkotikaklassade läkemedel	10
12.	Medicinska gaser	11
13.	Licensläkemedel	11

1 Bakgrund

Det åligger den enskilde läkaren och sjuksköterskan att känna till innehållet i föreskriften om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37), regional rutin för läkemedelshantering [Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen\(vgregion.se\)](https://vgregion.se/Regional_rutin_för_läkemedelshantering_i_Västra_Götalandsregionen), samt SU specifikt läkemedelshanteringsrutin [Läkemedelshantering SU-övergripande \(vgregion.se\)](https://vgregion.se/Läkemedelshantering_SU-övergripande), som båda finns under fliken Vård → Läkemedel → Hantera läkemedel på sjukhusets hemsida samt i pärm "Läkemedelsrutiner Övergripande dokument".

Utbildning om läkemedelshantering finns i Lärportalen på SU Intranät.

För de Rutiner och dokument som nämns i texten hänvisas till sektionens SOFIA-yta (SharePoint) och SU intranät samt pärmarna "Lokala läkemedelsrutiner Avd.141", och "Läkemedelsrutiner Övergripande dokument" som förvaras i läkemedelsrummet.

Vid IT-driftstopp var god se pärm "Rutiner vid IT-driftstopp" som förvaras på sjuksköterskeexpeditionen.

2. Ansvar

Verksamhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamheten kräver finns tillgängliga och att verksamheten arbetar enligt SOSFS 2011:9. Sektionsledningen ansvarar för att rutinen är känd och följs.

Ifyllda och signerade ansvarsbeskrivningar förvaras i pärmen "Lokala läkemedelsrutiner Avd. 141".

- [Ansvarsbeskrivning läkemedelsansvarig läkare](#) (mall 2)
- [Ansvarsbeskrivning för vårdenhetschef och enhetschef](#) (mall 3)
- [Ansvarsbeskrivning läkemedelsansvarig sjuksköterska](#) (mall 4)
- [Ansvarsbeskrivning för kontrollansvarig narkotika](#) (mall 5)
- [Ansvarsbeskrivning för gasansvarig \(medicinsk gas på flaska\)](#) (mall 13)
- Ansvarsbeskrivning för akutvagn/-väska/-askansvarig på enheten (anpassad [mall 4](#) ersätts av Rutin "Delegering" med "Bilaga 1.1 Delegeringsbeslut akutvagn")
- Ansvarsbeskrivning för [klinisk apotekare](#)
- [signaturlista](#) (mall 11) Aktuell lista sitter på dörren i läkemedelsrummet.

3. Ordination

- Ordinationssystem, förutom Melior, som används är Cytobase. Där ordinerar cytostatika och antikroppar som bereds av Extemporenheten. Vid vissa undantagsfall kan det ordinerar på cytostatikakort som finns på SOFIA-yta Dokumentsamling → Dokument på denna yta.
- I Melior framgår om det finns ordinationer i andra system. Det finns inbyggt mall i ordinationsmallar som heter Cytostatika och som anger att det finns Cytostatika ordinerade i Cytobase.
 - [Mall 7 Generella direktiv om läkemedelsbehandling](#). Fastställt original förvaras i pärmen "Lokala läkemedelsrutiner Avd. 141". De läkemedel som får ges av sjuksköterska enligt "Generella direktiv" utformas av sektionschefen. Uppdatering av generella direktiv i Melior görs genom att:
 - Ansökan fylls i av klinisk apotekare enligt fastställd lista.
 - Listan granskas av sektionschefen och mejlas till systemadministratör för Melior.
 - När ändringarna blivit gjorda i Melior kontrolleras de av sektionschef som sedan signerar på det fastställda originalet att kontrollen är gjord.
 - Revidering ska ske årligen.
 - Generikabyte:
Görs enligt Läkemedelsverkets utbytbarhetslista och regionala terapigruppers bedömning.
 - Blodprodukter:
Ordineras och signeras av läkare på läkemedelslistan i läkemedelsmodulen. Transfusionsgränser bör anges i läkemedelsmodulen (vid behovsordination under anvisning).

- Muntlig ordination:
Dokumentation av muntlig ordination görs i första hand av den som gett ordinationen av läkemedlet. Om han eller hon är förhindrad att dokumentera ska en sjuksköterska dokumentera ordinationen, i enlighet med rutin [Läkemedelshantering SU-övergripande](#).
- Vaccinationer:
Generellt direktiv att vaccinera vårdpersonal mot säsongsinfluensa utfärdas av verksamhetschefen, fastställt original förvaras i pärmen "Lokala läkemedelsrutiner Hematologimottagning Sahlgrenska".
- Delegering:
Kan ske i enlighet med Rutin "Delegering, Bilaga 1.1, 1.4, 1.5 och 1.6."
Delegeringsbeslut kan innefatta, akutmottagning, insättning av vissa läkemedel inskrivna i behandlingsplan, blodprodukter samt vissa vaccinationer och utföras av sjuksköterska med delegering. Signerad delegering förvaras hos JACIE-koordinator.

4. Beställning av läkemedel

- Lista över behöriga beställare av läkemedel förvaras i pärmen "Lokala läkemedelsrutiner Avd. 141", [Mall 12 Behöriga beställare läkemedel](#).
- Behöriga beställare i Cytobase finns inlagt i Cytobase-systemet och lista dras ut vid behov.
- Fastställd lista över sortimentet i PNL (Patientnära lager = läkemedelsrummet) förvaras i pärmen "Lokala läkemedelsrutiner Avd. 141". Kopia sitter även på glasdörren i läkemedelsrummet, förnyas vid uppdatering av sortiment. PNL-service ansvarar för att uppdatera listan vid behov.
- Fastställd vätskeavgiftslista för avdelning förvaras i pärmen "Lokala läkemedelsrutiner Avd. 141". PNL-service ansvarar för att uppdatera listan vid behov.
- Beställning av läkemedel görs av PNL-service i lagerhållningssystemet Hamlet, undantaget extrabeställningar och vissa licens- och Extempore-läkemedel som beställs via fax eller telefon av klinisk apotekare eller läkemedelsansvarig sjuksköterska. Beställningsblanketter och kontaktinformation finns i pärmen "blanketter RGL fax best, RGL licens best, APL best, cyt kort" hos Sektionsledare.
- Avdelningen ansvarar för extra beställning och inleverans i Hamlet av läkemedel som inte ingår i sortimentet. Läkemedel som är upphandlade och är A eller B- vara beräknas komma dagen efter, C-vara tar några dagar.

Avdelningens beställningsdag är **måndag** och **torsdag**.

Stopptid kl.09:30, tilläggsorder kl. 14:00. Snabb order kan beställas alla dagar fram till kl. 16:00. Akutorder kan göras dygnet runt.

- **Kundnummer**

RGL Avd. 400044062-10.
Extemporetillverkning: Avd. SA1358.
Kronansapotek: 9003215
Beställar ID: 24140

Vid frågor om cytostatikaberedningar eller annat som beställs via Cytobase kontaktas vardagar Extemporestillverkning cytostatika Sahlgrenska: **031-342 99 00**, fax **010-168 70 51**.
Lördagar, söndagar samt helgdagar kontaktas Jourfarmaceut Extempore och kan då nås på ett av dessa nummer:

Jourtelefon 1 **076-697 87 85**
Jourtelefon 2 **073-866 65 35**

Vid problem att nå jourfarmaceut på dessa nummer ring SU-växeln och fråga efter Extempore jourfarmaceut. Kvarstår problemen så har växeln telefonnummer till ansvarig chef.

För övriga Läkemedelsfrågor avseende läkemedel som beställs via Hamlet kontaktas RGL: **010-447 7100**.

- Mottagning av läkemedelsleverans: sjuksköterskor på avdelningen tar emot leverans och signerar. Levererade läkemedel för avdelning ställs på BMT-mottagning av transportpersonal. PNL-service packar upp läkemedel in i läkemedelsrummet under leveransdag, de har på sig fram till kl.15:00. Kylvaror prioriteras. Inlevererade narkotikaläkemedel dokumenteras och signeras i pärnarna "Avd. 141 Narkotikajournal Tabletter/Kapslar" och "Avd. 141 Narkotikajournal Injektioner Plåster Oral lösning". Vid varje tillförsel görs en kontrollräkning av total mängd narkotika.
Leveransdagar är tisdag och fredag för avdelning. Andra dagar är det sjuksköterskas ansvar att packa upp.
- Dosrullar från slutenvårdsdos: Leverans sker vardagar till avsett skåp som låses upp av sjuksköterska genom SITHS-kort och personlig kod. I händelse av strömavbrott finns nyckel i nyckelskåpet på avdelningen. Stopptiden för slutenvårdsdos är kl.13:00. Sjuksköterska levererar sedan ut respektive dosrulle till läkemedelsvagn i aktuell modul på avdelningen. Kvittenslistan [kvittenslista](#) signeras vid mottagning av dosrullar och sparas i pärnen "Slutenvårdsdos" i minst ett år.
- För beställning av läkemedel som inte beställs på sedvanligt sätt i Hamlet se nedanstående Rutiner i sektionens SOFIA-yta (SharePoint). Papperskopia finns i pärm *PM/Rutin original* samt på sjukhusets hemsida under Vård → Läkemedel → Beställa läkemedel→ Extemporeläkemedel inkl. cytostatika.
 - [Alemtuzumab \(MabCampath\)](#)
 - [Cytostatikabeställning - Hema](#)
 - [Behandling med intravenösa antibiotika i hemmet](#)
 - Dextran70 60 g/L, 500mL i glasflaska (art.nr: 771615) beställs från RGL på Blankett C, Natriumcitrat beställs från Extemporestillverkning läkemedel på Beställningsblankett för övrig Extempore. Klinisk apotekare ansvarar för beställning efter behov som förmedlas av aferes-sjuksköterska.

- **Beställning av vaccin för säsongsinfluensa – Se hemsida för Smittskydd Västra Götaland**

(Detta beställs via Hamlet.

Beställning av vaccin för Covid-19 via Oriola - [Oriola 4 Care](#)

Kundnummer (hos Oriola): 38227
Kundnamn: Hematologisektionen
Användarnamn: elisabeth.wallhult@vgregion.se
Ansvarig läkare: Sigrun Einarsdottir
Kontaktperson för orderbekräftelse: Elisabeth Wallhult

- **Inloggning**

E-postadress: elisabeth.wallhult@vgregion.se
Lösenord: Färjan2026!

Se även dokumentet [Praktisk läkemedelshandtering i korthet](#) på sjukhusets hemsida.

- Beställningsansvarig för medicinsk gas är samordnare, i "akuta" fall tjänstgörande sjuksköterska. Beställning görs i systemet Columna.

5. Förvaring och skötsel av läkemedelsförråd

- Alla sjuksköterskor har ett gemensamt ansvar för ordning i läkemedelsrummet, se [Skötsel av läkemedelsförråd med dokumentationsblanketter för temperatur och hållbarhet respektive städning](#) (mall 9).
- Rengöring av förvaringsplats för cytostatika, kylskåpen och säkerhetsbänk görs 2 gånger i veckan av tjänstgörande sjuksköterska.
- Dokumentation av kylskåpstemperatur görs genom USB-minne som ligger i varje kylskåp och som kontrolleras månadsvis av klinisk apotekare eller läkemedelsansvarig sjuksköterska. Temperaturlogg skrivs ut och förvaras i pärmen "Lokala läkemedelsrutiner Avd. 141".
- Läkemedlens hållbarhetsdatum kontrolleras månadsvis av PNL-service.
- Lista över läkemedel som får förvaras utanför låst läkemedelsförråd finns i pärmen "Lokala läkemedelsrutiner Avd. 141".
- Patientens medhavda läkemedel omhändertas och förvaras i originalförpackning åtskilt från andra läkemedel i PNL (t.ex. i särskild påse eller kartong). Inskrivande läkare ska ordinera läkemedlet och ansvarig läkare pilar fram läkemedlet som vanligt i läkemedelsmodulen. Om patienten själv sköter sin medicinering med medhavda läkemedel signerar sjuksköterskan att hen kontrollerat att medicineringen fungerar och att patienten kan ta sina mediciner. Notering om att patienten själv sköter sina läkemedel ska göras både i omvårdnadsjournal och på läkemedelslistan, se [Mall 21 kvittens för omhändertagande av patientens privata läkemedel](#). För narkotikaklassade läkemedel gäller även krav på dokumentation i förbrukningsjournal. Ytterligare information finns i [Säkerhetshandboken](#).
- Indragningar åtgärdas och signeras av ledningssjuksköterska eller läkemedelsansvarig sjuksköterska och vårdenhetschef. Signerad indragningsskrivelse sparas i 1 år och förvaras i pärmen "Lokala läkemedelsrutiner Avd. 141".

- Medicinska gaser kontrolleras av gasansvarig, [Mall 18 Förvaring och kontroll av medicinska gasflaskor](#)
- Ansvarig för akutvagn är utsedda sjuksköterskor på enheten. Mall 4 ([Mall 4](#)) är i detta avseende ersatt av Rutin "Delegering med Bilaga 1.1 Delegeringsbeslut akutvagn." Signerad delegering förvaras hos JACIE-koordinator. För läkemedel som förvaras i akutvagn hänvisas till SU-gemensamma rutiner [Akutväska - Sahlgrenska Universitetssjukhuset \(vgregion.se\)](#) Ifyllda kontrollistor förvaras i pärmen "Lokala läkemedelsrutiner Avd. 141".

6. Iordningställande och administrering/överlämnande

- Beredning av injektions/infusionsläkemedel görs enligt: [Regional rutin för spädning av intravenösa läkemedel vuxna VGR](#) samt [eped](#) och lokala spädningsrutiner för avdelningen, såsom [Cytostatikapärmen](#) och [Komplettering till regional spädningslista av intravenösa läkemedel](#)
- Vägledning avseende hållbarhet för brutna förpackningar finns i [Svensk Läkemedelsstandard \(SLS\)](#) kapitlet Förvaring, märkning, lagrings- och användningstider för läkemedel, på Läkemedelsverkets hemsida.
- Gällande blandbarhetsschema: Se Webbapplikation Blandbarhet läkemedel <http://blandbarhet.vgregion.se/> eller [Trissel's IV Compatibility](#)
- Utbyte till generika/synonyma läkemedel görs enligt Läkemedelsverkets utbytbarhetslista, FASS, regionala terapigrupperns bedömning.
- Batchnummer för biologiska läkemedel antecknas under utdelningskommentar i utdelningsvyn i Melior.

Administrering och överlämnande

- Iordningställande får göras av annan person än den som administrerar/överlämnar läkemedel under följande förutsättningar:
 - Att märkning sker enligt *kapitel 5 i regional rutin för läkemedelshantering*
 - VGR-id skrivs i kommentarruta i läkemedelsmodulen i Melior. Denna rutin omfattar endast perorala läkemedel. För intravenösa läkemedel tillämpas avsteg från den regionala läkemedelshanteringsrutinen.
 - Om annan journalhandling än Meliors läkemedelsmodul används: Beskrivning av dokumentation av iordningställande respektive administrering/överlämnande i de fall olika personer utför momenten eller läkemedel iordningställs för att administreras vid senare tillfälle (i förekommande fall).
- Tidpunkt för iordningställande respektive administrering/överlämnande ska dokumenteras. Om tiden för administrering/överlämnande avviker mer än 30 minuter från angiven ordinationstid ska den faktiska tidpunkten skrivas in i ordinationshandlingen.
- Arbetet följer den regionala läkemedelshanteringsrutinen med undantag för dokumentation. Övertag av pågående infusion kontrolleras av ansvarig sjuksköterska varje arbetspass, men dokumenteras inte i utvärderingsrutan i Melior.

- Märkning utan patientidentitet och administreringstidpunkt får göras under följande förutsättningar: Vid spoldropp och färdigblandade injektioner/infusioner för direkt administrering efter att patientens identitet kontrollerats enligt rutin.
- Alla delegeringar som avser läkemedelshantering ska vara skriftliga, personliga och tidsbegränsade (högst ett år). Uppföljning ska ske regelbundet och utgöra ett ömsesidigt ansvar mellan den som ger och den som tar emot delegeringen [Uppdrag att delegera moment inom läkemedelshantering.](#)
[Delegeringsbeslut avseende läkemedelshantering.](#)
- Rutiner för Slutenvårdsdos förvaras i pärm "Slutenvårdsdos" i läkemedelsrummet.
- Meddelanden från slutenvårdsdosen lämnas till klinisk apotekare för bedömning.

Administreringstider

Nedanstående administreringstider används på sektionen om inget annat ordinerats eller om ett läkemedel på grund av sin indikation är avsett att ges på annan tid. Om flera antibiotika ska ges till samma patient justeras tiderna så att det fungerar tillfredsställande praktiskt. Kontroll av patientens identitet görs vid varje administrationstillfälle, muntligt eller mot ID-band.

Läkemedel per os:

Antal dostillfällen	Kl.						
x1	08						
x2	08					20	
x3	08			14		20	
x4	06		12		18		22
x5	06	10		14	18		22

Intravenöst vätskedropp:

Antal dostillfällen	Kl.						
x1	06						
x2	06				18		
x3	06			14		22	
x4	06		12		18		24
x5	06	10		14	18		24

Antibiotika:

Antal dostillfällen	Kl.					
x1	08					
x2	08			20		
x3	08		16		24	
x4	08	14		20		02

Antidoter

- En sammanställd lista [Antidotlista SU](#) finns på intranätet. Utskriven kopia förvaras i pärmerna "Lokala läkemedelsrutiner Avd. 141".

Dexrazoxan (Savene) – Det finns en förpackning på SU för användning vid extravasering av antracykliner. Den finns i VNL S2. Savene finns även i VNL Skövde. Information i [Cytostatikapärmen](#).

- Glukarpidas (Voraxase) – vid högdos Metotrexate – förvaras på avd. 69. För anvisningar avseende rekvisition och användning se Rutin [Lagerhållning Voraxaze \(glukarpidas\) \(vgregion.se\)](#).

7. Överflyttningar mellan vårdenheter

Överlämningsrutiner vid förflyttning mellan vårdenheter när tex Meliors läkemedelsmodul inte används:

- **Vårdenhet -> CIVA** rutin: Vid överflyttning till CIVA kan mottagande enhet se Meliors läkemedelsmodul. När patienten återgår till vårdavdelningen sker muntlig rapport, pågående medicinerings skrivs in i läkemedelsmodulen av intensivvårdsläkaren och CIVAs läkemedelslista i pappersformat medskickas.
- **Vårdenhet -> Annan vårdenhet/boende** utanför sjukhuset rutin: Muntlig rapport sker till vårdgivaren och utskriven läkemedelslista skickas med. Se även SU Rutin Läkemedelsgenomgång och Vård- och läkemedelsberättelse [Läkemedelsgenomgång och Vård- och läkemedelsberättelse \(vgregion.se\)](#)

8 Arbetsmiljöaspekter

- Redovisning av kemiska produkter i KLARA görs enligt rutin [Klara lathund](#). Säkerhetsdatablad för kemikalier förvaras i pärm "Säkerhetsdatablad" i stora sköljrummet.
- Vilka läkemedel som behöver hanteras enligt skyddsinstruktion framgår av Lokal riskbedömning av läkemedel med arbetsmiljörisk. Se *mall 10*.

Arbetsrutin för riskläkemedel:

SU-gemensam Rutin l Ordningsställande av läkemedel med risk för överkänslighet [Hantera läkemedel med arbetsmiljörisk-Cytostatika m fl](#). Utskrift förvaras i pärm "Läkemedelsrutiner Övergripande dokument".

- De skyddsinstruktioner som gäller på enheten är: SU-gemensam Rutin [Hantering av cytostatika och cytotoxiska läkemedel](#).
- Riktlinjer för cytostatikahantering i samband med graviditet, se SU-gemensam Rutin [Hantering av cytostatika och cytotoxiska läkemedel](#).
- Västfastigheter ansvarar för att säkerhetsbänk kontrolleras regelbundet. Protokoll från genomförd service förvaras i pärmerna "Lokala läkemedelsrutiner Avd. 141".

9. Miljöaspekter och läkemedelsavfall

Se VGRs kompendium [Regiongemensamma regler om transport av farligt gods](#) ” på intranätet. Utskrift förvaras i pärm ”*Läkemedelsrutiner Övergripande dokument*”.

- Allt avfall sorteras i avsedd behållare som märks upp med etikett avsedd för avfallstypen. Guide för avfallssortering finns uppsatt i anslutning till uppmärkt plats för avfall.
- Säkerhetsbänk är utformad och används för både personalskydd och produktskydd.

10. Kvalitetssäkring

- Utskriven genomförd kvalitetsgranskning förvaras i pärmen ”*Lokala läkemedelsrutiner Avd. 141*”.
- Åtgärdsplan för avvikelser i kvalitetsgranskning av läkemedelshantering förvaras i pärmen ”*Lokala läkemedelsrutiner Avd. 141*” och arkiveras i tre år.

[Mall 14 Åtgärdsplan efter kvalitetsgranskningen av läkemedelshantering](#)

11. Narkotikaklassade läkemedel

- Plan och kontroll av narkotikaläkemedel utförs enligt *mall 22* och förvaras i låst plåthurts. [Mall 22 Kontrollplan narkotika](#).
- Kontroll av narkotikaklassade läkemedel görs av narkotikaansvarig sjuksköterska minst en gång per månad.
- Narkotikaläkemedel räknas och dokumenteras vid varje uttag med datum, tillförd mängd och varifrån det kommer, uttagen mängd, behållning efter tillförsel/uttag, patientens personnummer och namn i pärm ”*Avd. 141 Narkotikajournal Tabletter/Kapslar*” eller ”*Avd. 141 Narkotikajournal Injektioner Plåster Oral lösning*”. Sjuksköterska signerar.
- Lån av läkemedel från/till avdelningen dokumenteras på blankett i läkemedelsrummet (avdelning, vem lämnar/hämtar, läkemedelsnamn, beredningsform, styrka och antal). Hämtande sjuksköterska antecknar och journalför enhet, VGR-id, namn, åtta sista siffror på SITHS-kortet. Vid hämtning kontrolleras att aktuell patient har en pågående vårdkontakt.
- Kassation av narkotikaläkemedel dokumenteras i journal och sker i behållare för läkemedelsavfall, vid behov avidentifieras först. Kassation skall dubbelsigneras av sjuksköterskor, eller klinisk apotekare. Kassation av narkotika från slutenvårdsdos på avdelning journalförs i pärmen ”*Slutenvårdsdos*” i läkemedelsrummet. Datum, patient-id, läkemedelsnamn, kasserad mängd, datum på påse/dospåsar, dubbelsigneras.
- Rutin för journalföring av narkotika hämtade från VNL: All narkotika hämtad från VNL journalförs i pärmen ”*Narkotika VNL*” Narkotika från VNL förvaras på uppmärkt plats i läkemedelsrummet.
- Avvikelser avseende narkotika utreds och rapporteras till VEC. Svinn rapporteras i MedControl PRO och anmäls till verksamhetschef.

12. Medicinska gaser

Kontroll av medicinska gasflaskor utförs och dokumenteras enligt förvaring och kontroll av medicinsk gasflaska på enhet (mall 18) på sidan för [Regionala mallar och blanketter](#).

- I [Gashandbok Sahlgrenska Universitetssjukhuset](#) på intranätet finns beskrivet hur beställning av medicinska gasflaskor görs. Utskriven kopia finns ej. Västfastigheter ansvarar för gasanläggningarna.
- För ansvarsbeskrivning gasansvarig se *kapitel 1 i denna Rutin*.
- För beställning av medicinsk gas se *kapitel 4 i denna Rutin*.
- För förvaring och kontroll av gasflaskor på sektionen se *kapitel 5 i denna Rutin*.

13. Licensläkemedel

- Ansvarig för att skriva och förnya licensmotiveringar för generella licenser inom enheten är läkemedelsansvarig läkare med stöd av klinisk apotekare eller sektionsledare på avdelningen. Se pärmen "*Licenser arkiv*" som förvaras hos Sektionsledare på avdelningen. Genrelle licenser och enskilda licenser på rekvisition sker i Hamlet, receptföreskrivning sker i [Licenssystemet KLAS](#).
- Ansvarig för Compassionate use-läkemedel är: klinisk apotekare, se pärmen "*Compassionate use*" som förvaras hos Sektionsledare på avdelningen.
- Ansvarig för att bevaka giltighetstiden för aktuella licenser är klinisk apotekare och läkemedelsansvarig sjuksköterska. Enskild licens för patient på mottagningen bevakas av kontaktsjuksköterska som meddelar klinisk apotekare eller sektionsledare på avdelningen när det är dags för förnyelse.
- Se [Licensläkemedel](#) för mer information.