



## Avvikelse rapport för fall och fallskador

### Del 1

Fylls i av den som upptäckte fallet/fallskadan.

#### Patientinformation

Patient/brukarens för- och efternamn	Patient/brukarens personnummer	
Verksamhet/enhet	Datum för avvikelsen	Klockslag för avvikelsen

<b>Har individen fallit förut?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej	<b>Fanns personal med vid fallet?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
--	---

<b>Var skedde fallet?</b> <input type="checkbox"/> Utomhus <input type="checkbox"/> Trappa <input type="checkbox"/> Toalett/badrum <input type="checkbox"/> Sovrum <input type="checkbox"/> Övrigt utrymme inomhus
---

<b>Patienten/brukarens egen förklaring till fallet</b> .
---

<b>Hjälpmiddel som påverkat eller varit inblandat i fallet</b> <input type="checkbox"/> Rullstol <input type="checkbox"/> Grensele/bord/bälte <input type="checkbox"/> Säng <input type="checkbox"/> Lifthjälpmiddel <input type="checkbox"/> Hygien/toastol <input type="checkbox"/> Gånghjälpmiddel <input type="checkbox"/> Sångrind <input type="checkbox"/> Inget <input type="checkbox"/> Annat: .....
---

<b>Patienten/brukaren</b> <input type="checkbox"/> Var barfota <input type="checkbox"/> Endast strumpor <input type="checkbox"/> Hade skor/tofflor/antihalksocka <input type="checkbox"/> Bar höftskyddsbyxa
---

<b>Fallet skedde i samband med</b> <input type="checkbox"/> Stod/satt stilla <input type="checkbox"/> Förflyttning till/från stol <input type="checkbox"/> Toalettbesök <input type="checkbox"/> Plockade upp något från golvet <input type="checkbox"/> Gång <input type="checkbox"/> Förflyttning till/från säng <input type="checkbox"/> På-/avklädning <input type="checkbox"/> Okänt <input type="checkbox"/> Övrigt: .....
---

**Föregicks fallet av några särskilda symtom?**

- Oro       Förvirring       Misstänkt läkemedelspåverkan       Urinrängning  
 Yrsel       Feber       Misstänkt alkoholpåverkan  
 Annat: .....

**Yttre omständigheter som kan ha påverkat fallet?**

- Mörker/dålig belysning       Hinder (tröskel, möbel m.m)  
 Halt golv       Matta  
 Annat: .....

**Hur länge blev patienten/brukaren liggande?**

- Mindre än 5 minuter  
 5-15 minuter  
 15-60 minuter  
 Mer än 60  
 Vet ej

**Beskrivning av händelseförlopp, konsekvenser för patienten/brukare och vidtagna åtgärder**

- Kontakt med sjuksköterska. Namn: .....
- Annat: .....

**Underskrift samt namn på den som upptäckte fallet**

För- och efternamn	Underskrift
--------------------	-------------

## Del 2

Fylls i av sjuksköterska.

Personnummer berörd patient

Sida 3(3)

### Konsekvenser av fallet

<input type="checkbox"/>	Rädsla/oro
<input type="checkbox"/>	Inga skador
<input type="checkbox"/>	Fraktur, vad? .....
<input type="checkbox"/>	Sårskada, var? .....
<input type="checkbox"/>	Annan skada, vad? .....

### Vilka åtgärder vidtogs efter händelsen?

<input type="checkbox"/>	Extra tillsyn/övervakning
<input type="checkbox"/>	Inläggning sjukhus
<input type="checkbox"/>	Läkarkontakt
<input type="checkbox"/>	Sjuksköterskekontakt
<input type="checkbox"/>	Information till vårdtagare/närstående
<input type="checkbox"/>	Kontakt med sjukgymnast/fysioterapeut och/eller arbetsterapeut
<input type="checkbox"/>	Inga
<input type="checkbox"/>	Annat: .....

### Fallriskbedömning

<input type="checkbox"/>	Planerad
<input type="checkbox"/>	Pågår
<input type="checkbox"/>	Behövs ej

### Vidtagna åtgärder efter fallet?

<input type="checkbox"/>	Ärendet tas upp/kommer att tas upp vid teammöte/vårdplanering	Kommentar
<input type="checkbox"/>	Vård/rehab/genomförandeplan har uppdaterats	
<input type="checkbox"/>	Vård/rehab/genomförandeplan upprättad	
<input type="checkbox"/>	Annan vidtagen åtgärd	
<input type="checkbox"/>	Ingen åtgärd planerad/behövs	

### Underskrift av sjuksköterska

Namnunderskrift	Namnförtydligande	Datum
-----------------	-------------------	-------

### Underskrift av verksamhetschef

Namnunderskrift	Namnförtydligande	Datum
-----------------	-------------------	-------

### Kopia skickad till

<input type="checkbox"/>	MAS (vid allvarlig händelse/skada)
<input type="checkbox"/>	Annan: .....