



Avvikelse rapport för patientsäkerhet

Del 1

Fylls i av den som upptäckte avvikelsen.

Patientinformation

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

Information om avvikelsen

Typ av avvikelse	Kryssa i alla relevanta rutor				
<input type="checkbox"/> Informationsöverföring	<input type="checkbox"/> Felaktig	<input type="checkbox"/> Fördröjd	<input type="checkbox"/> Utebliven	<input type="checkbox"/> Annat	
<input type="checkbox"/> Dokumentation	<input type="checkbox"/> Felaktig	<input type="checkbox"/> Fördröjd	<input type="checkbox"/> Utebliven	<input type="checkbox"/> Annat	
<input type="checkbox"/> HSL-insats leg. personal (Ssk, AT etc)	<input type="checkbox"/> Felaktig	<input type="checkbox"/> Fördröjd	<input type="checkbox"/> Utebliven	<input type="checkbox"/> Annat	
<input type="checkbox"/> HSL-insats delegerad	<input type="checkbox"/> Felaktig	<input type="checkbox"/> Fördröjd	<input type="checkbox"/> Utebliven	<input type="checkbox"/> Annat	
<input type="checkbox"/> Annat:					

Beskrivning av händelseförloppet:

Rapportör

För- och efternamn	Datum
--------------------	-------

Del 2

Fylls i av leg. personal

Personnummer berörd patient

Konsekvenser av avvikelsen
 Rädsla/oro

 Inga

 Annat:
Allvarlighetsgrad
 Allvarlig

 Måttlig

 Mindre
Vilka åtgärder vidtogs efter händelsen?
 Extra tillsyn/övervakning

 Inläggning sjukhus

 Läkarkontakt

 Kontakt med sjukgymnast/fysioterapeut och/eller arbetsterapeut

 Information till vårdtagare/närstående

 Inga

 Annat:
Händelseanalys
 Planerad

 Pågår

 Genomförd

 Beslut taget att händelseanalys ej behövs för denna
Underskrift av sjuksköterska

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

Underskrift av verksamhetschef

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

Kopia skickad till
 MAS (vid alla allvarliga avvikelser i denna kategori)

 Annan (t.ex. annan vårdinrättning):