



Avvikelse rapport för trycksår

Del 1

Fylls i av den som upptäckte trycksåret.

Patientinformation

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

Information om såret

Såret uppstod på

Enheten Annan enhet

Lokalisation

Häl Höft Sacrum Öra Fotknöl Skulderblad Sittben Tå

Annan:

Kategori

1 2 3 4

Åtgärder direkt efter upptäckten

Kontakt med sjuksköterska Namn:

Annat:

Underskrift av den som upptäckte såret

Namnunderskrift	Namnförtydligande
-----------------	-------------------

Del 2

Fylls i av sjuksköterska.

Personnummer berörd patient

Åtgärder som vidtagits

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Sårömläggning av sjuksköterska |
| <input type="checkbox"/> | Inläggning sjukhus |
| <input type="checkbox"/> | Läkarkontakt |
| <input type="checkbox"/> | Omläggning av omsorgspersonal efter ordination av sjuksköterska |
| <input type="checkbox"/> | Kontakt arbetsterapeut/sjukgymnast/fysioterapeut |
| <input type="checkbox"/> | Ärendet tas upp vid teammöte/vårdplanering |
| <input type="checkbox"/> | Behandlande madrass ordinerad |
| <input type="checkbox"/> | Vård/rehab/genomförandeplan upprättad/uppdaterats |
| <input type="checkbox"/> | Ingen |
| <input type="checkbox"/> | Annat: |

Riskbedömning

- | | |
|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Planerad |
| <input type="checkbox"/> | Genomförd/uppdaterad |
| <input type="checkbox"/> | Behövs ej |
| Ev. kommentar: | |

Underskrift av sjuksköterska

Namnunderskrift	Namnförtydligande
Datum	

Underskrift av verksamhetschef

Namnunderskrift	Namnförtydligande
Datum	

Kopia skickad till

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | MAS (vid kategori 3-4 som uppkommit på enheten, vid kategori 4 som uppkommit på annan enhet) |
| <input type="checkbox"/> | Annan: |