

## AVVIKELSERAPPORTERING

(underlag för kvalitetssäkring)

Särskilt boende, avdelning, dagvård etc.

Namn	Telefon
Adress	
Kontaktperson	Telefon

Tidpunkt och plats för händelsen

Datum	Klockan	Plats
-------	---------	-------

Inblandad personal?

Namn	Yrke/kompetens	Finns delegation:
Namn	Yrke/kompetens	Finns delegation:
Namn	Yrke/kompetens	Finns delegation:

Händelseförlopp?


Inblandad patient/patienter?

Namn	Personnummer	Är patient/anhörig inform.
Namn	Personnummer	Är patient/anhörig inform.

Eventuella skador som uppstått?


Är läkare kontaktad?

Läkare	Arbetsplats
--------	-------------

Vilken är den troliga orsaken till händelsen?


Vilka åtgärder är vidtagna för att förhindra att händelsen upprepas?


Rapportdatum. Rapportör

Datum	Namnteckning
	Namnförtydligande

Medicinsk ansvarig sjuksköterskas anteckningar/bedömning

Ankomstdatum	

Medicinsk ansvarig sjuksköterska

Namnteckning/namnförtydligande
--------------------------------