VARBERGS KOMMUN

Rapportering av risk för vårdskada eller vårdskada

Uppgifter om rapportören (fyll i)

Namn

Din arbetsplats

Befattning

Namn på din närmaste chef

Telefon

E-post

Berörda patienter (fyll i)

Händelsen är inte kopplad till någon specifik person

Personnummer

Namn

Rapport (skriv enhet där händelse inträffat, välj avvikelsetyp)

Organisation (enhet där händelsen inträffade)

☐ Extern avvikelse (andra vårdgivare)

☐ Fallrapport

☐ Fel på hjälpmedel

☐ HSL insats AT/FT

☐ HSL insats AT/FT elegerad/överlåten

☐ HSL insats SSK

☐ HSL insats SSK - delegerad

□ Information extern

☐ Läkemedel delegerad

☐ Läkemedel ssk

Datum när händelsen inträffade

Tid när händelsen inträffade

Datum när händelsen uppmärksammades

Tid när händelsen uppmärksammades

Plats för händelsen

Beskrivning av händelsen (fyll i)

Vilka konsekvenser har händelsen medfört eller hade kunnat medföra för patienten?

Vilka omedelbara åtgärder har vidtagits?

Har liknande händelse inträffat tidigare? ☐Ja ☐Nej ☐Vet ej

Är det troligt att händelsen inträffar igen? ☐Ja ☐Nej ☐Vet ej

Förslag på åtgärder

Övrig information av betydelse