

Avvikelsesrapport

Kund/Brukare:

Personnummer:

Verksamhet:

Händelsen upptäcktes

Datum:

Tid:

Händelsen inträffade

Datum:

Tid:

Typ av händelse?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Brist i/utebliven dokumentation | <input type="checkbox"/> Brist i process/rutin |
| <input type="checkbox"/> Brist i /utebliven insats | <input type="checkbox"/> Brist i/utebliven rehabilitering |
| <input type="checkbox"/> Brist i/utebliven vårdåtgärd (HSL) | <input type="checkbox"/> Brist i trygghet |
| <input type="checkbox"/> Hjälpmedel, teknik eller fysisk miljö | <input type="checkbox"/> Bruten sekretess |
| <input type="checkbox"/> Hot och Våld | <input type="checkbox"/> Ovärdigt bemötande |
| <input type="checkbox"/> Övergrepp/Oegentlighet | |
| <input type="checkbox"/> Brist i information, kommunikation, samverkan | |
| <input type="checkbox"/> Läkemedelshändelse (inkl. läkemedelstyp)_____ | |
| _____ | |
| <input type="checkbox"/> Övrigt: _____ | |

Händelsebeskrivning:

Konsekvenser av händelsen:

Omedelbara åtgärder:

Rapportörens bedömning

Jag rapporterar händelsen som ett missförhållande eller en risk för missförhållande enligt lex Sarah eftersom jag anser att bristen har fått eller kunnat medföra allvarliga konsekvenser för den enskildes liv, säkerhet eller hälsa.

Kontaktat

- Sjuksköterska
- Fysioterapeut
- Arbetsterapeut

Informerat

- Den enskilde
- God man/förvaltare
- Personal
- Ansvarig chef
- Anhörig/närstående/vårdnadshavare

Rapportörens namn:

Datum: