



Vårdtagarens namn: _____ Personnummer: _____

Datum för händelse: _____ Tid: _____

Enhet/arbetsplats: _____ Rapportör: _____

Registrering

Händelse <input type="checkbox"/> Bemötande <input type="checkbox"/> Brister i omsorg <input type="checkbox"/> Ekonomisk oegentlighet/stöld <input type="checkbox"/> Fall med skada <input type="checkbox"/> Fall utan skada <input type="checkbox"/> Infektion <input type="checkbox"/> Läkemedel biverkan <input type="checkbox"/> Läkemedel förväxling av dos <input type="checkbox"/> Läkemedel förväxling av person <input type="checkbox"/> Läkemedel utebliven dos <input type="checkbox"/> Provtagning <input type="checkbox"/> Trycksår <input type="checkbox"/> Övergrepp, fysiskt, psykiskt, sexuellt <input type="checkbox"/> Övrig händelse	Aktivitet <input type="checkbox"/> Diagnostisering <input type="checkbox"/> Förflyttning <input type="checkbox"/> Läkemedelshantering <input type="checkbox"/> Mathållning <input type="checkbox"/> Personlig hygien <input type="checkbox"/> Planering <input type="checkbox"/> Rehabilitering <input type="checkbox"/> Speciellt omvårdnad <input type="checkbox"/> Tand/munvård <input type="checkbox"/> Tillsyn/observation
Plats <input type="checkbox"/> Ordinärt boende <input type="checkbox"/> Särskilt boende <64 år <input type="checkbox"/> Särskilt boende >65 år <input type="checkbox"/> Utomhus <input type="checkbox"/> Övrigt	Yrkeskategori i rapporterat av <input type="checkbox"/> Arbetsterapeut <input type="checkbox"/> Biståndshandläggare <input type="checkbox"/> Enhetschef <input type="checkbox"/> Personlig assistent <input type="checkbox"/> Sjukgymnast <input type="checkbox"/> Sjuksköterska/distriktssköterska <input type="checkbox"/> Undersköterska/skötare <input type="checkbox"/> Vårdbiträde/vårdare <input type="checkbox"/> Övrigt/studerande

Bedömning

Orsak till avvikelser <input type="checkbox"/> Bristande dokumentation <input type="checkbox"/> Bristande kontroll/tillsyn <input type="checkbox"/> Bristande rapportering <input type="checkbox"/> Brister i arbetsmiljön <input type="checkbox"/> Brister i teknisk utrustning <input type="checkbox"/> Ej följt rutin <input type="checkbox"/> Hög arbetsbelastning <input type="checkbox"/> Otillräcklig utbildning <input type="checkbox"/> Rutin saknas <input type="checkbox"/> Störande moment i omgivningen <input type="checkbox"/> Trötthet <input type="checkbox"/> Övrigt	Konsekvens <input type="checkbox"/> Avliden <input type="checkbox"/> Bestående men <input type="checkbox"/> Ingen skada <input type="checkbox"/> Övergående skada Vårdkedjebrist <input type="checkbox"/> Apoteket <input type="checkbox"/> Internt socialförvaltningen <input type="checkbox"/> Närsjukvård/vårdcentral <input type="checkbox"/> Slutenvård <input type="checkbox"/> Tandvård
Skada <input type="checkbox"/> Annan skada <input type="checkbox"/> Fraktur lårben <input type="checkbox"/> Oro/kräkning <input type="checkbox"/> Smärta <input type="checkbox"/> Särskada	Kroppsdelar <input type="checkbox"/> Arm/hand/fingrar <input type="checkbox"/> Ben/fot/tår <input type="checkbox"/> Bäckén, rygg <input type="checkbox"/> Hals/huvud/öron <input type="checkbox"/> Höft <input type="checkbox"/> Mun/tänder <input type="checkbox"/> Ögon <input type="checkbox"/> Övrigt



<p>Typ av läkemedel</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Antibiotika<input type="checkbox"/> Blodförtunnande<input type="checkbox"/> Epilepsimedicin<input type="checkbox"/> Hjärt/kärlmedicin<input type="checkbox"/> Insulin<input type="checkbox"/> Psykofarmaka<input type="checkbox"/> Syrgas<input type="checkbox"/> Urindrivande<input type="checkbox"/> Övrigt	<p>Dispenseringssystem/läkemedel</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> APO-dos<input type="checkbox"/> Dosett<input type="checkbox"/> Flytande<input type="checkbox"/> Inhalation<input type="checkbox"/> Injektion<input type="checkbox"/> Övrigt <p>Hanteringsfas</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Iordningsställande<input type="checkbox"/> Ordination<input type="checkbox"/> Transport<input type="checkbox"/> Överlämnande
--	--

Händelseförlopp

Vad har hänt - Vad kunde ha hänt - Varför tror du det hände

Åtgärder

Omedelbara - Förebyggande

Riskbedömning:

Återkoppling till verksamheten:
