



Avvikelse rapport för läkemedelshantering

Del 1

Fylls i av den som upptäckte avvikelser.

Patientinformation

Patient/brukarens för- och efternamn	Patient/brukarens personnummer
Verksamhet/enhet	Datum och klockslag för avvikelser

Patienten har

- Apodos, påse Originalförpackning
 Apodos, bubbla Dosett
 Annat:

Typ av läkemedel

- Insulin Blodförtunnande
 Annat (ex. tablett):

Typ av fel

- Utebliven dos Felaktig dos Apototeksfel
 Ofullständig dos Fel tidpunkt Feldelning i dosett
 Dubbel dos Läkemedel givet till fel patient Utebliven signering
 Annat:

Beskrivning av händelseförlopp:

 Kontakt med sjuksköter a. Namn: Annat:

Rapportör

För- och efternamn	Datum
--------------------	-------

Del 2

Fylls i av sjuksköterska och verksamhetschef.

Personnummer berörd patient

Konsekvenser av avvikelsen

--

Allvarlighetsgrad

<input type="checkbox"/>	Allvarlig
--------------------------	-----------

<input type="checkbox"/>	Måttlig
--------------------------	---------

<input type="checkbox"/>	Mindre
--------------------------	--------

Vilka åtgärder vidtogs efter händelsen?

<input type="checkbox"/>	Extra tillsyn/övervakning
--------------------------	---------------------------

<input type="checkbox"/>	Inläggning sjukhus
--------------------------	--------------------

<input type="checkbox"/>	Läkarkontakt
--------------------------	--------------

<input type="checkbox"/>	Kontakt med sjukgymnast/fysioterapeut och/eller arbetsterapeut
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Information till vårdtagare/närstående
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Inga
--------------------------	------

<input type="checkbox"/>	Annat:
--------------------------	--------------

Händelseanalys

<input type="checkbox"/>	Planerad
--------------------------	----------

<input type="checkbox"/>	Pågår
--------------------------	-------

<input type="checkbox"/>	Genomförd
--------------------------	-----------

<input type="checkbox"/>	Beslut taget att händelseanalys ej behövs för denna enskilda avvikelse
--------------------------	--

Underskrift av sjuksköterska

Namnunderskrift	Namnförtydligande	Datum
-----------------	-------------------	-------

Underskrift av verksamhetschef

Namnunderskrift	Namnförtydligande	Datum
-----------------	-------------------	-------

Kopia skickad till

<input type="checkbox"/>	MAS (vid allvarlig avvikelse)
--------------------------	--------------------------------------

<input type="checkbox"/>	Annan (t.ex. annan vårdinrättning):
--------------------------	---