



Datum och tid för händelsen Särskilt boende/hemtjänst/LSS-verksamhet

Datum:	Tidpunkt:	Enhet/arbetsplats:
--------	-----------	--------------------

Vårdtagare

Kön – för statistiken

Namn:	Personnummer:	<input type="checkbox"/> man	<input type="checkbox"/> kvinna
Namn:	Personnummer:	<input type="checkbox"/> man	<input type="checkbox"/> kvinna

I samband med

- Ordination av läkemedel
 Iordningställande av läkemedel/likamedel
 Signering (felaktig/utebliven)
 Informationsöverföring
 Överlämnande av läkemedel

Typ av avvikelse

- Utebliven dos
 Risk för utebliven dos
 Avvikande dos
 Fel tidpunkt > 30 min
 Förväxling av tidpunkt
 Förväxling av läkemedel
 Förväxling av person
 Utebliven/felaktig signering
 Annan, ange i händelsebeskrivningen

Vilket/vilka läkemedel?

- Antibiotika
 Lugnande medel
 Läkemedel för hjärta och kärl
 Smärtstillande medel
 Sömnmedel
 Insulin
 Blodförtunnande läkemedel
 Andningsoxygen
 Ögondroppar
 Cytostatika/cellgift
 Inhalationer
 Övriga läkemedel (ange vilket/vilka i händelsebeskrivningen)

Vem kontaktades då avvikelsen upptäcktes?

- Distriktssjuksköterska/sjuksköterska
 Närmaste chef
 Läkare
 Närstående
 Vårdtagare
 Ingen kontakt togs

Konsekvens för vårdtagaren

- Ingen konsekvens för vårdtagaren
 Obehag/lidande
 Akut medicinsk insats av kommunens personal
 Akut läkarkontakt
 Sjukhusvistelse
 Bestående skada
 Dödsfall

Trolig orsak till avvikelsen

- Missuppfattning
 IVP oklar eller saknas
 Dosett ej delad
 Dosett feldelad
 Apodos saknas
 Apodos feldelad
 Ordination ofullständig, eller saknas
 Ordinationsunderlag, otydlig eller saknas
 Utebliven/felaktig signering
 Oklar/otydlig signeringslista
 Ej följt eller känt till rutinerna
 Lokala rutiner saknas
 Stress
 Glömska
 Annat

Händelsebeskrivning (används vid förtydligande/ eller om alternativ ovan saknas)

Förslag för att förhindra upprepning:

--

Inblandad personal

Namn:	Befattning:	Delegation <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej aktuell
Namn:	Befattning:	Delegation <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej aktuell

Rapporterad av**Avvikelsen införd**

Datum:	Namn:	Befattning:	Datum:	Signum:
--------	-------	-------------	--------	---------