



SAMMANHÅLLEN HEMVÅRD - AVVIKELSERAPPORT

1. Klientens/ patientens namn
2. Datum och tidpunkt för händelsen
3. Vid vilken typ av aktivitet har avvikelserna uppmärksammats? <input type="radio"/> Medicingivning <input type="radio"/> Benlindning * <input type="radio"/> Sårvård * <input type="radio"/> Kateterspolning * <input type="radio"/> Blodsockermätning * <input type="radio"/> s.c. injektioner * <input type="radio"/> Annat: * _____
4. Vid medicingivning, vilken typ av avvikelse har uppmärksammats? <input type="radio"/> Fel medicin <input type="radio"/> Fel styrka <input type="radio"/> Fel dos <input type="radio"/> Fel administreringstid <input type="radio"/> Fel boende <input type="radio"/> Extra dos <input type="radio"/> Avvikelse i administrering <input type="radio"/> Avvikelse i ordination <input type="radio"/> Avvikelse i dokumentering <input type="radio"/> Har inte fått medicin <input type="radio"/> Annat: _____
5. Medicinens namn, styrka och administreringsätt (tabl, inj, plåster, mixtur, supp, vag)
6. Beskriv händelsen och i vilket sammanhang den inträffade
7. Vad orsakade avvikelserna?
8. Vilka åtgärder har vidtagits?

Datum ____/____/20____

Enhet _____

Ärendet har överförts till närmaste ansvarig hemsjukvårdare, datum ____/____/20____

* = fortsatt till punkt 6