

## Kvalitetssäkring / avvikelserapportering

Från kommuner i Skaraborg till Skaraborgs Sjukhus och primärvård

Datum när händelsen inträffade:.....

Veckodag:.....Klockslag:.....

Patientens personnummer:.....

Kvinna:  Man:

Patient/närstående informerad: Ja  Nej

Om svaret är "Ja", av vem

Namn:.....

Berörd verksamhet/mottagning/avdelning:.....

Sjukhus:.....

Berörd kommun: .....

Beskrivning av händelsen:

.....  
.....  
.....  
.....

Förslag på förbättring:

.....  
.....

**Om ärendet berör KLARA SVPL/ samordnad vårdplanering fyll även i nedan:**

Ärendenummer i KLARA SVPL:.....

Typ av meddelande (kryssa i aktuella rutor)

Typ av meddelande:	Saknas	Ofullständig
<b>Den gemensamma Rutinen</b>		
Förberedd vårdbegäran/Vårdbegäran		
Meddelande till vård och omsorg		
Inskrivningsmeddelande		
Kallelse och underlag till vårdplanering		
Vårdplan		
Utskrivningsmeddelande		
Information vid utskrivning		
Meddelande om Utebliven utskrivning		
Administrativt meddelande		

**Underskrift av den som upptäckt avvikelserapporteringen:**

.....  
Namn:

.....  
Befattning:

.....  
Arbetsplats:

.....  
Telefon: