

<h2>Avvikelse rapport</h2> <h3>vid läkemedelshantering</h3>	<b>Uppgiftslämnare:</b>  <small>(uppgiftslämnare kommer ej att matas in i dataregister).</small>
---	--

### OBS! Tjänstgörande sjuksköterska kontaktas alltid

Tjänstgörande ssk/dsk:	Patientansvarig ssk/dsk:	Arbetsenhet - Bostad/Äldreboende/Avd/Våning/ Hemvårdsområde:
Datum: (ÅÅ-MM-DD)		
Berörd vårdtagare:	Födelsedata:	
Vilket/vilka läkemedel:		
<b>Tidpunkt:</b> <input type="checkbox"/> Morgon <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Middag <input type="checkbox"/> Kväll från 17- <input type="checkbox"/> Natt från 21-	<b>Läkemedel från:</b> <input type="checkbox"/> Dosett <input type="checkbox"/> Apodos <input type="checkbox"/> Originalförpackning <input type="checkbox"/> Kombination <input type="checkbox"/> Annat: .....	

FELKÄLLA	ORSAK	KONSEKVENSER
<input type="checkbox"/> Ordinerad dos ej given <input type="checkbox"/> Icke ordinerad dos given <input type="checkbox"/> Avvikande dos/styrka <input type="checkbox"/> Avvikande tidpunkt <input type="checkbox"/> Avvikande hastighet <input type="checkbox"/> Avvikande väg t.ex. per rektum/per os <input type="checkbox"/> Fel preparat <input type="checkbox"/> Fel beredningsform <input type="checkbox"/> Fel vårdtagare/pensionär <input type="checkbox"/> Övrigt	<input type="checkbox"/> Ej överfört <input type="checkbox"/> Fel överfört <input type="checkbox"/> Bristande dokumentation <input type="checkbox"/> Informationsproblem <input type="checkbox"/> Ofullständig ordination <input type="checkbox"/> Fel delat <input type="checkbox"/> Läkemedel finns ej <input type="checkbox"/> Felmärkning av dos <input type="checkbox"/> Räknefel <input type="checkbox"/> Bristande kontroll <input type="checkbox"/> Teknisk utrustning <input type="checkbox"/> Övrigt	<input type="checkbox"/> Ej nått patient <input type="checkbox"/> Ingen skada <input type="checkbox"/> Ökad övervakning <input type="checkbox"/> Förändrade vitalfunktioner <input type="checkbox"/> Ökat antal lab. prover <input type="checkbox"/> Terapi nödvändig <input type="checkbox"/> Ökad vårdtid <input type="checkbox"/> Bestående skada <input type="checkbox"/> Kontakt med läkare <input type="checkbox"/> Besök på sjukhus <input type="checkbox"/> Övrigt

KATEGORI	ANSTÄLLNINGSTID	ANSTÄLLNINGSFORM	DELEGATION
<input type="checkbox"/> Sjuksköterska <input type="checkbox"/> Distriktssköterska <input type="checkbox"/> Undersköterska <input type="checkbox"/> Vårdbiträde <input type="checkbox"/> Personlig assistent	<input type="checkbox"/> Under utbildning <input type="checkbox"/> 0-6 mån <input type="checkbox"/> 6-12 mån <input type="checkbox"/> 1-5 år <input type="checkbox"/> > 5 år	<input type="checkbox"/> Ordinarietjänst <input type="checkbox"/> Vikarie <input type="checkbox"/> Timanställd	<input type="checkbox"/> 1:a gång <input type="checkbox"/> Förnyad

<b>Kort beskrivning av händelsen:</b>
<b>Förslag till åtgärder:</b>

