

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
Den gemensamma Rutinen		
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: