

Dokumentbeskrivning.

Rapportering av förbättringsarbete och avvikelser mellan kommuner/privata vårdgivare och verksamheter inom VG regionen Fyrbodals

Datum och klockslag då händelsen upptäcktes:

Personnummer:

Ärendenummer i IT tjänsten SAMSA, om det finns:

1. Var upptäcktes händelsen:

Sjukhus Kommun Primärvård

Enhetens namn:

2. Var har händelsen inträffat

Sjukhus Kommun Primärvård

Enhetens namn:

3. Har vårdskada inträffat:

Ja Nej Risk för

4. Typ av händelse (komplettera med egna ord vid punkt 6):

Organisation/ regler/ resurser

Informationsöverföring
 Samordnad individuell plan – SIP
 Transport
 Tillgänglighet
 Remisshantering

Vård/ behandling/ diagnostik

Medicinsk behandling
 Egenvård
 Rehabilitering
 Läkemedel
 Hjälpmedel/ medicinteknik
 Omvårdnad
 Trycksår
 Vårdrelaterad infektion

Saknade dokument vid utskrivning

Läkarepikris/ preliminäre pikris
 Omvårdnadsepikris
 Rehabepikris
 Läkemedelslista
 Läkemedelsberättelse

Övrigt

Bemötande
 Annat

5. För händelse avseende In- och utskrivningsprocessen för informationsöverföring fyll i nedanstående samt beskriv med egna ord vid punkt 6

Vårdbegäran

Saknas
 Ofullständig information
 Annat

Kontaktuppgifter

Saknas
 Ofullständiga
 Annat

Meddelande till vård och omsorg

Saknas
 Ofullständig information
 Annat

Inskrivningsmeddelande

Saknas
 Sent aviserat
 Fel inskrivningsdatum
 Annat

Planering

Saknas
 Ofullständig information
 Fel aviserat
 Aviserad vid fel tidpunkt
 Sen svarstid
 Annat

Utskrivningsmeddelande

Saknas
 Sent aviserat
 För tidigt utskrivningsklardatum
 Annat

Information vid utskrivning

Saknas
 Ofullständig information
 Sent aviserat
 Annat

Avbrott i process

Saknas
 Ofullständig information
 Sent aviserat
 Annat

Administrativt meddelande

Innehåller medicinsk information
 Annat

Dokumentbeskrivning.

Rapportering av förbättringsarbete och avvikelser mellan kommuner/privata vårdgivare och verksamheter inom VG regionen Fyrbodals

Datum och klockslag då händelsen upptäcktes:
Personnummer:
Ärendenummer i IT tjänsten SAMSA, om det finns:

6. Beskriv händelsen:

7. Åtgärd av mottagare:

Patient informerad: Ja Nej
MAS/ MAR informerad: Ja Nej

Uppgiftslämnare

Datum: Namn:
Titel: Telefon:
Verksamhet: Arbetsplats:

Blanketten skickas med brevpost direkt till berörda enhetens enhetschef.