



Avvikelse rapport FALL

Att rapportera hälso- och sjukvårdsavvikelse möjliggör för verksamheter att arbeta systematiskt med att upptäcka brister och förbättringsområden.

Namn på verksamheten

--

Personuppgifter på den boende/omsorgstagare/patient

Namn	Personnummer
------	--------------

När inträffade händelsen

Datum	Klockslag
-------	-----------

Var inträffade fallet

<input type="checkbox"/> Badrum	<input type="checkbox"/> Hall	<input type="checkbox"/> Kök	<input type="checkbox"/> Korridor	<input type="checkbox"/> Sovrum	<input type="checkbox"/> gemensamhetsutrymme
<input type="checkbox"/> utomhus	<input type="checkbox"/> annan plats var:.....				

Under vilken aktivitet skedde fallet

<input type="checkbox"/> Förflyttning till/från säng	<input type="checkbox"/> Förflyttning till/från stol/rullstol	<input type="checkbox"/> Stående/gående på plant golv
<input type="checkbox"/> Stående/gående utomhus	<input type="checkbox"/> Stående/gående över matta/tröskel	<input type="checkbox"/> Toalettbesök
<input type="checkbox"/> Dusch	<input type="checkbox"/> Övrigt.....	

Trolig orsak till fallet

<input type="checkbox"/> Oro, förvirring, glömska	<input type="checkbox"/> Yrsel, balanssvårigheter	<input type="checkbox"/> Överskattar sin fysiska förmåga
<input type="checkbox"/> Felbedömer avståndet	<input type="checkbox"/> Går utan utprovade hjälpmedel	<input type="checkbox"/> Snubblar över matta/tröskel
<input type="checkbox"/> Sömn/ lugnande mediciner	<input type="checkbox"/> Vet ej	<input type="checkbox"/> Annat.....

Användes hjälpmedel vid olyckstillfället :

Nej

Ja

Om Ja vilket hjälpmedel användes:

<input type="checkbox"/> rullstol	<input type="checkbox"/> Käpp/krycka	
<input type="checkbox"/> rollator	<input type="checkbox"/> Höftskyddsbyxa	
<input type="checkbox"/> Gåbord	<input type="checkbox"/> larmmatta	<input type="checkbox"/> Annat.....



Beskriv händelsen

Vidtagna åtgärder direkt i anslutning till händelsen

Kontakter som tagits

Närstående/god man informerad	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja
Sjuksköterska informerad	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja
SG/AT informerad	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja
Chef informerad	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja
Annan kontakt.....		

Konsekvenser av fall för patient

Fall utan skada	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Mindre fallskada: tex blåmärke, liten sårskada	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja



Svårare fallskada: den boende har på grund av fallet undersökts av läkare eller behandlats av läkare eller förts till sjukhus	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja		
Skadan resulterade i fraktur	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja		
Om JA vilken form av fraktur:				
<input type="checkbox"/> Höftfraktur	<input type="checkbox"/> handledsfraktur	<input type="checkbox"/> revbensfraktur	<input type="checkbox"/> överarmsfraktur	<input type="checkbox"/> bäckenfraktur
<input type="checkbox"/> fotledsfraktur	<input type="checkbox"/> Annan fraktur, ange vilken/vilka.....			

Förslag till åtgärder/förändring/förbättring

--

Uppgiftslämnare

Namn	Datum
------	-------

Blanketten lämnas för vidare hantering till arbetsledare/sjuksköterska/ verksamhetschef enligt lokal rutin



Uppföljning av avvikelserapport fall

Ifylles av arbetsledare/sjuksköterska/verksamhetschef

Analys av händelse

Vad orsakade händelsen och fick den direkta konsekvenser.

Vidtagna och planerade åtgärder, tidsplan för åtgärder samt hur information och spridning ska ske till berörd personal

**Fallriskbedömning**

- | |
|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Planerad |
| <input type="checkbox"/> Pågår |
| <input type="checkbox"/> Ej aktuellt |

Återkoppling till

Vem/vilka:

När:

Hur:

Vidarerapportering**Namn****Datum**

Annan verksamhet	
MAS	
Övrigt	

Underskrift arbetsledare/sjuksköterska/verksamhetschef

Namn

Datum

--	--