



## Bilaga 2

## Avvikelse rapport LÄKEMEDEL

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
-------	-----------

## Läkemedelsavvikelse

<input type="checkbox"/> Utebliven signering	<input type="checkbox"/> Utebliven dos	<input type="checkbox"/> Fel dos	<input type="checkbox"/> Dubbel dos
<b>Läkemedel via</b>			
<input type="checkbox"/> ApoDos	<input type="checkbox"/> dosett	<input type="checkbox"/> Annat.....	
<b>Läkemedelstyp</b>			
<input type="checkbox"/> Insulin	<input type="checkbox"/> Morfinpreparat	<input type="checkbox"/> Psykofarmaka	
<input type="checkbox"/> Blodförtunnande	<input type="checkbox"/> Annat		
<b>Läkemedelsfas</b>			
<input type="checkbox"/> Överlämnande	<input type="checkbox"/> iordningsställande	<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 läkemedelsavvikelse för brukare/omsorgstagare/patient



### Förslag till åtgärder/förändring/förbättring

--

### Uppgiftslämnare

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

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

## Uppföljning av avvikelserapport LÄKEMEDEL

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**

--

**Återkoppling till :**

Vem/vilka:
När:
Hur:

<b>Vidarerapportering</b>	<b>Namn</b>	<b>Datum</b>
Annan verksamhet		
MAS		
Övrigt		

**Underskrift arbetsledare/sjuksköterska/verksamhetschef**

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