



Bilaga 3

Avvikelse rapport TRYCKSÅR

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

Trycksår

Såret uppstod

<input type="checkbox"/> på enheten	<input type="checkbox"/> på annan enhet, vilken.....
-------------------------------------	--

Lokalisation

<input type="checkbox"/> Sacrum	<input type="checkbox"/> Häl	<input type="checkbox"/> Armbåge	<input type="checkbox"/> Höft
<input type="checkbox"/> Öra	<input type="checkbox"/> Annat.....		



Kategori

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

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 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 Trycksår

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****Riskbedömning trycksår**

-
- Planerad
-
-
- Pågår
-
-
- Ej aktuellt

Återkoppling till :

Vem/vilka:

När:

Hur:

Vidarerapportering	Namn	Datum
Annan verksamhet		
MAS		
Övrigt		

Underskrift arbetsledare/sjuksköterska/verksamhetschef

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