



Avvikelse rapport för läkemedelshantering LSS

Del 1

Fylls i av den som upptäcker/ upptäckte avvikelsen.

Patientinformation

Patient/brukarens för- och efternamn	Patient/brukarens personnummer
Verksamhet/enhet	Datum och klockslag för avvikelsen

Patienten har

- Dospåse/ apodos Dosett
 Dospåse/ apodos samt extra burk/dosett eller originalförpackning
 Annat _____

Typ av fel

- Utebliven dos Felaktig dos Apoteksfel
 Fel tidpunkt Fel delning i dosett Dubbel dos
 Utebliven signering Läkemedel givet till fel patient
 Annat: _____

Beskrivning av händelseförlopp:

- Kontakt med sjuksköterska. Namn _____ Tidpunkt _____
Kontaktuppgifter till ansvarig sjuksköterska – se Hälsa- och sjukvårdspärmen, flik 1
 Annat _____ Tidpunkt _____

Vad tror du orsakade avvikelsen?

Vilka åtgärder krävs för att avvikelsen inte ska upprepas?

Rapportör

För- och efternamn	Datum
--------------------	-------

Underskrift av enhetschef

Namnunderskrift	Namnförtydligande	Datum
-----------------	-------------------	-------

Del 2 Utredning av avvikelse

Fylls i av sjuksköterska

Personnummer berörd patient

Konsekvenser av avvikelser

- Rädsla/oro Fysiska men: _____
- Inga
- Annat: _____

Allvarlighetsgrad

- Allvarlig
- Måttlig
- Mindre

Vilka åtgärder vidtogs efter händelsen?

- | | |
|---|---|
| <u>Direkta åtgärder:</u> | <u>Förebyggande åtgärder:</u> |
| <input type="checkbox"/> Extra tillsyn/övervakning | <input type="checkbox"/> Förändra rutiner |
| <input type="checkbox"/> Inläggning sjukhus | <input type="checkbox"/> Förändra informationsöverföring/
instruktioner. |
| <input type="checkbox"/> Läkarkontakt | <input type="checkbox"/> Genomgång vid
personalsammankomst/APT |
| <input type="checkbox"/> Information till vårdtagare/närstående | |
| <input type="checkbox"/> Inga | |
| <input type="checkbox"/> Avvikelsen utreds vidare | |
| <input type="checkbox"/> Annat: _____ | |

Vilka mediciner avser läkemedelsavvikelsen

--

Underskrift av sjuksköterska

Namnunderskrift	Namnförtydligande	Datum
-----------------	-------------------	-------

Kopia skickad till

- MAS Tidpunkt: _____
- Annan (t.ex annan vårdinrättning): _____