**Melding om avvik**

**mellom kommunene og Helgelandssykehuset HF**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dato for avvik:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Innsender** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Navn | | | | | | | | | | | | | Tittel | | | | | | | | | | | | | | | |
| Arbeidssted | | | | | | | | | | | | | Tlf | | | | | e-post | | | | | | | | | | |
| Signatur nærmeste leder | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **For kommunehelsetjenesten** (fyll ut navn på kommune og kryss av for hvor hendelsen fant sted / ble oppdaget) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Navn på kommune | | | | Sykehjem | | | | | | Lege-kontor | | | | Ambulanse-tjeneste | | | | | Hjemme-tjeneste | | Administrativt nivå | | | | Annet | | | |
| **For avdeling/enhet i Helgelandssykehuset HF** (fyll ut navn på avdeling/enhet og kryss av for hvor hendelsen fant sted / ble oppdaget) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Navn på avd./enhet | | | | | Somatisk avdeling | | | | Psykiatrisk avdeling | | | | | | Laboratorium/u.s.enhet | | | | Ambulanse-tjeneste | | DMS | | | DPS | | Annet | | |
| **Pasienten avviket gjelder** (fyll ut det som er kjent) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pasientens initialer (alle) | | | | | F.dato | | | | | | | | | | Løpenr. i Profil | | | | | | NPRnr. | | | | | | | |
| Beskriv kort avviket | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hva er, etter din oppfatning, årsak til hendelsen? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Er hendelsen også meldt som ”pasienthendelse” til behandlende enhet i kommune eller sykehuset, Helsetilsynet i fylket, kvalitetsutvalget i sykehuset eller klientutvalget i kommunen? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (sett kryss) | Ja | | | | | Nei |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hvis ja, til hvilken enhet?  anonymisert kopi vedleggs(sett kryss) | | | | | Behandlende enhet i kommunen | | | | | | | Behandlende enhet i Helgelandssykehuset HF | | | | | | Helsetilsynet i fylket | | | | Klientutvalget i kommunen | | | | | Kvalitetsutvalget i Helgelandssykehuset HF | |
| **Behandling av avviket** (for mottaker av skjemaet) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dato for mottatt melding: | | | | | | | | | | | | | | | | Dato for sendt bekreftelse på mottak: | | | | | | | | | | | | |
| Tilleggsdokumentasjon innhentet | | | | | | | | | | | Ja | | | | | | | | | Nei | | | | | | | | |
| Møte med involvert avdeling / enhet | | | | | | | | | | | Ja | | | | | | | | | Nei | | | | | | | | |
| Resultat av saksbehandling:  (kryss av) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Utarbeide ny prosedyre | | Klargjøring av eksisterende prosedyre | | | | | | Utarbeide ny retningslinje | | | | | | | | | Klargjøring av eksisterende retningslinje | | | | | | Møte mellom parter | | | | | Annet |
| **Behandling avsluttet** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dato: | | | Signatur (lesbar): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Kommentar** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |