**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** |
|  |