

## Melding om avvik mellom kommunene og Helgelandssykehuset HF

<b>Dato for avvik:</b>									
<b>Innsender</b>									
Navn				Tittel					
Arbeidssted				Tlf		e-post			
Signatur nærmeste leder									
<b>For kommunehelsetjenesten</b> (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		
<b>For avdeling/enhet i Helgelandssykehuset HF</b> (fyll ut navn på avdeling/enhet og kryss av for hvor hendelsen fant sted / ble oppdaget)									
Navn på avd./enhet		Somatisk avdeling	Psykiatrisk avdeling	Laboratoriu m/u.s.enhet	Ambulanse- tjeneste	DMS	DPS	Annet	
<b>Pasienten avviket gjelder</b> (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 Helgelandssykeh uset HF	Helsetilsynet i fylket	Klientutvalget i kommunen	Kvalitetsutv alget i Helgelandss ykehuset HF		
<b>Behandling av avviket</b> (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
<b>Behandling avsluttet</b>									
Dato:				Signatur (lesbar):					
<b>Kommentar</b>									