**Skjema for melding om avvik/uønska hending**

**For rettleiing om utfylling av skjemaet, sjå side 2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dato for hendinga** | **Kl. slett/tidspunkt for hendinga** | **Kommune** |
|  |  |  |
| **Meldt frå (tenesteområde/eining i kommunen)** | **Kva avdeling og sjukehus i Helse Førde gjeld meldinga?** | **Kva avtale eller prosedyre gjeld eventuelt avviket (oppgje punkt)** |
|  |  |  |
| **Omtale av hendinga** (feltet utvider seg når ein skriv) | | |
| Omtale av kva som skjedde, kvifor det skjedde og konsekvensar for pasienten. | | |
| **Utførte strakstiltak** (feltet utvider seg når ein skriv) | | |
|  | | |
| **Framlegg til forbetringstiltak** (feltet utvider seg når ein skriv) | | |
|  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pasientopplysningar** | | | |
| **Fødselsnr (11 siffer)** | **Namn på pasient/pasientar** | | |
|  |  | | |
| **Kontaktinformasjon til meldar og leiar** | | | |
| **Meldar (namn og stilling)** | | | |
|  | | | |
| **E- post** | | **Telefon** | **Mobil** |
|  | |  |  |
| **Leiar (namn og stilling)** | | | |
|  | | | |
| **E- post** | | **Telefon** | **Mobil** |
|  | |  |  |
| **Eventuelle kommentarar frå leiar:** | | | |
| **Returadresse ved tilbakemelding på avviket:** | | | |

Helse Førde, postboks 1000, 6807 Førde

e- post adresse: [post@helse-forde.no](mailto:post@helse-forde.no) (ikkje sensitiv informasjon)

**Rettleiing for utfylling av skjemaet:**

Kommune: Namn på kommunen som melder frå om hendinga

Meldt frå: Namn på eining i kommunen som melder frå om hendinga, t.d. xx legekontor

Avdeling og sjukehus: Namn på eining i sjukehuset der avviket/den uønska hendinga skjedde, t.d. ortopedisk poliklinikk Lærdal sjukehus.

Kva avtale eller prosedyre gjeld eventuelt avviket: Dersom avviket eller den uønska hendinga inneber at ein samarbeidsavtale eller ein prosedyre er broten, er det viktig å oppgje nøyaktig kva punkt i avtalen eller prosedyren dette gjeld.

Pasientopplysningar: Må fyllast ut ved hendingar der konkrete pasientar er involvert. Her kan det fyllast inn namn på fleire pasientar dersom fleire er involvert i same hendinga. Fyll ut med fullt namn og fødselsdato eller fødselsnummer.

Meldar: Namn på den som fyller ut dette skjemaet.

Leiar: Namn på ansvarleg leiar i aktuell avdeling hos meldande instans. Det er ønskjeleg at leiar vurderer om det er behov for å gje ytterlegare kommentarar, t.d. om årsaksforhold og forbetringspunkt.

Returadresse: Fyll ut fullstendig adresse der svarbrevet skal sendast. I utgangspunktet skal svar sendast postmottak, men dersom ein ønskjer at svarbrevet skal gå til ein konkret person eller leiar, må namnet stå her.