

Dokumenttyp
Blankett

Upprättat av

Carina Westerelve i samråd med utsedd arbetsgrupp

Godkänt av

SIMBAs samordningsgruppen

Uppdrag

Avvikelsehantering i samverkan

Utfärdsdatum

2018-11-21

Datum för godkännande

2018-12-05

Sidnr

1 (2)

Blankett för avvikelser/händelser i samverkan

Till: _____ Organisation där händelsen inträffade Från: _____ Organisation där händelsen upptäcktes (adress för svarsmail anges när händelsen berör verksamheter utanför SIMBA-området)	Ev. Den egna organisationens avvikelsernummer och/ eller ärendenummer i SAMSA _____
--	---

Avvikelsen/händelsen berör:

- ☐ 1. Hälso- och sjukvårdsavtalet
- ☐ 2. Överenskommelse om samverkan om barn och unga, 0 - 20 år,.....
- ☐ 3. In- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
- ☐ 4. Överenskommelse om samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk
- ☐ 5. Delregionala avtal/överenskommelser/riktlinjer/rutiner
- ☐ 6. Mobil närvård
- ☐ 7. Avtal gällande läkarmedverkan och/eller beredskapsjour
- ☐ 8. Medicinsk behandling
- ☐ 9. Omvårdnad
- ☐ 10. Läkemedel
- ☐ 11. Rehabilitering/habilitering
- ☐ 12. Annat

Beskrivning av avvikelser/händelsen

Personnummer: _____

Datum: _____ för när händelsen ☐ inträffade ☐ upptäcktes

Beskrivning: ☐ se bifogat dokument

Vårdskada:

☐ Ja☐ Nej☐ Risk för

Konsekvens för patient:

- ☐ Inte aktuellt ☐ Övergående skada/smärta ☐ Förlängd väntetid ☐ Förlängd vårdtid
- ☐ Dödsfall ☐ Bestående skada/smärta ☐ Ökad vårdinsats

Konsekvens för organisationen:

- ☐ Inte aktuellt ☐ Ökad arbetsbelastning ☐ Säkerhetsrisk

Uppgiftslämnare

Datum: _____

Namn: _____

Befattning:

Telenr:



Dokumenttyp
Blankett

Upprättat av
Carina Westerelve i samråd med utsedd arbetsgrupp
Godkänt av
SIMBAs samordningsgruppen

Uppdrag
Avvikelsehantering i
samverkan
Utfördsdatum
2018-11-21
Datum för godkännande
2018-12-05

Sidnr
2 (2)

Svar på rapporterad avvikelse/händelse i samverkan

Personnummer: _____

Ev. ärendenr. i SAMSA _____

Ev. avvikelsernr. på rapporteringsblanketten: _____

Orsak:

Orsak: ☐ se bifogat dokument

Åtgärd:

Åtgärd: ☐ se bifogat dokument

Uppföljning:

Uppföljning: ☐ se bifogat dokument

Svarande handläggare

Datum: _____

Namn: _____

Befattning: _____

Telenr: _____