

Melding om avvik mellom kommunen og Helgelandssykehuset HF

Dato:							
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	Ambulans e-tjeneste	DMS	DPS	Annet

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 Ja Nei kryss)							
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					