

# Avvikelse rapport för barnboende, korttidshem, HVB

Datum då avvikelsen inträffade:	Tid på dygn då avvikelsen inträffade:
Patientens namn:	Patientens personnummer:
Enhet:	Rapport ifylld av:

## Typ av avvikelse:

Läkemedel	Medicinteknisk produkt
Namn:	Produktens namn:
<input type="checkbox"/>	Utebliven dos
<input type="checkbox"/>	Fel dos/läkemedel
<input type="checkbox"/>	Fel tidpunkt
<input type="checkbox"/>	Utebliven signering
<input type="checkbox"/>	Fel i dosett/ordinationskort
<input type="checkbox"/>	Övrigt

## Beskrivning av det inträffade:

---

---

---

---

## Vidtagna åtgärder:

---

---

Kontaktat sjukvården: Ja Nej	
Vem kontaktades:	

## Tänkbar orsak till det inträffade:

---

---

---

---

Datum och underskrift:

---

**>> Ifylles av enhetschefen**

**Kompletterande uppgifter:**

---

---

---

**Tänkbart orsak till det inträffade:**

---

---

---

**Åtgärder:**

---

---

---

Datum:	Underskrift enhetschef:
--------	-------------------------

**>> Ifylles av ansvarig sjuksköterska**

**Kompletterande uppgifter:**

---

---

---

**Tänkbart orsak till det inträffade:**

---

---

---

**Åtgärd:**

---

---

---

Datum:	Underskrift sjuksköterska:
--------	----------------------------

*Avvikelse rapport ska skrivas vid alla tillfällen då det inträffat händelse som orsakat eller riskerat orsaka skada/obehag hos patient, till exempel vid utebliven dos av läkemedel, utebliven signering av givet läkemedel eller fall som orsakat skada.*

*ViS-dokument: [Samverkan mellan Medicinska enheten och boenden för barn enligt LSS samt vissa HVB](#)*