|  |
| --- |
| **AVVIKSMELDING TIL SYKEHUSET TELEMARK HF**Skjema for eksterne samarbeidspartnere/kommuner. Sendes via ordinær postgang til:Sykehuset Telemark HF, Kvalitetsseksjonen, 3710 SKIEN |
| Dersom hendelsen registreres på kommunens/virksomhetens eget avviksskjema, må avsender kontrollere at ovenstående kontaktinformasjon og beskrivelse er dokumentert. Spørsmål? Ta kontakt med Kvalitetsavdelingen, Sykehuset Telemark HF tlf: 35 00 35 00 |
| Gjelder registreringen avvik på samarbeidsavtale kommune – sykehus? | JA: | NEI: |
| Dato registrering: |  |
| Melders navn/stilling:  |  |
| Meldes fra enhet: |  |
| Tlf: |  | Kommune: |  |
| Pasientens navn: |  |
| Fødselsnummer: |  |
|  |  |
| Innkomstdato: |  | Utreisedato: |  |
| Når skjedde hendelsen? |  |
| Hvilken enhet ved sykehuset gjelder hendelsen? |  |
| Er pasienten informert om hendelsen og samtykker i at meldingen sendes? | JA:  | NEI:  |
| Kort beskrivelse av hendelse/årsak: (Hva, hvordan og hvorfor skjedde det?) |
|  |
| Eventuelle iverksatte strakstiltak: |
|  |
| Forslag til tiltak for å hindre lignende hendelser: |
|  |
| Alvorlighetsgrad: (sett kryss) | Høy:  | Middels: | Lav:  |

 **TAKK FOR DITT BIDRAG TIL Å GJØRE SYKEHUSET BEDRE!**