



VARBERGS
KOMMUN

Avvikelse FALL

Patient:

Personnummer:

Händelsedatum, tid:

Anmälare:

Organisation (patientens boende/hemtjänst):

Medanmälare/Involverad personal:

Kategorisering av allvarlighetsgrad

Grad 1 Grad 2 Grad 3 (kontakta MAS/MAR) Grad 4 (kontakta MAS/MAR)

Aktivitet vid fallet

Förflyttning i och ur säng Förflyttning utomhus Stod stilla
 Förflyttning inomhus Reste sig/satte sig Toalettbesök

Under dygnet

Förmiddag 07-12 Kväll 17-21
 Eftermiddag 12-17 Natt 21-07

Helg

Ja
 Nej

Bemanning

Enligt schema/planering/graf
 Fler än enligt schema/planering/graf
 Färre än enligt schema/planering/graf

Direktåtgärd

Kontaktat legitimerad Hälso- och sjukvårdspersonal
 Läkarkontakt
 Sjukhusvård

Har tidigare fall inträffat?

Ja Nej

Symtom före fallet

Feber Infektion Övrigt
 Förkyld Urinrängning
 Förvirring/Oro Yrsel

Bidragande orsak till fallet

Annan orsak Bristande uppmärksamhet Hinder
 Bristande dokumentation Felaktigt använt hjälpmedel Hjälpmedel saknas/trasigt
 Bristande födo/vätskeintag Försämrat allmäntillstånd Mörker
 Bristande information Försämrat allmäntillstånd Oklar ansvarsfördelning
 Bristande rutiner Halt/blött underlag Utan fotbeklädning

Konsekvens av fallet

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Annat | <input type="checkbox"/> Ingen känd skada | <input type="checkbox"/> Smärta |
| <input type="checkbox"/> Blödning | <input type="checkbox"/> Personskada | <input type="checkbox"/> Sänkt vakenhetsgrad |
| <input type="checkbox"/> Dödsfall | <input type="checkbox"/> Rörelserädsla | |
| <input type="checkbox"/> Immobilisering | <input type="checkbox"/> Sjukhusvård | |

Skadad kroppsdel

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Annat | <input type="checkbox"/> Fot | <input type="checkbox"/> Höft |
| <input type="checkbox"/> Arm | <input type="checkbox"/> Fotled | <input type="checkbox"/> Knä |
| <input type="checkbox"/> Armbåge | <input type="checkbox"/> Hand | <input type="checkbox"/> Nacke |
| <input type="checkbox"/> Axel | <input type="checkbox"/> Handled | <input type="checkbox"/> Revben |
| <input type="checkbox"/> Ben | <input type="checkbox"/> Huvud | <input type="checkbox"/> Rygg |
| <input type="checkbox"/> Bäckén | <input type="checkbox"/> Häl | <input type="checkbox"/> Öra |

Typ av skada

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fraktur | <input type="checkbox"/> Luxation | <input type="checkbox"/> Stukning/vrickning |
| <input type="checkbox"/> Ingen känd | <input type="checkbox"/> Mjukdelsskada | <input type="checkbox"/> Sårskada |

Involverat Hjälpmedel

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Annan | <input type="checkbox"/> Fristående toalett | <input type="checkbox"/> Rollator |
| <input type="checkbox"/> Antidecubitushjälpmedel | <input type="checkbox"/> Gåbord | <input type="checkbox"/> Säng |
| <input type="checkbox"/> Arbetsstol | <input type="checkbox"/> Ingen | <input type="checkbox"/> Toalettförhöjning |
| <input type="checkbox"/> Duschstol | <input type="checkbox"/> Lyft hjälpmedel | |
| <input type="checkbox"/> Elrullstol | <input type="checkbox"/> Manuell rullstol | |

Kort beskrivning av händelseförloppet

Kort beskrivning av orsaken till att avvikelserna inträffade

Finns det aktuella riskbedömningar på patienten?

- | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Norton | <input type="checkbox"/> Downton | <input type="checkbox"/> MNA |
|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------|

Kort beskrivning av konsekvensen för patient/verksamhet:

Vidtagna åtgärder för att förebygga liknande händelser

Omvårdnadspersonal:

Leg. HS-personal:

Enhetschef:

Anhöriga:

Patient:

MAS/MAR:

Återkoppling

Mottaget av enhetschef (EC):

Inlagt i Procapita och bevakning skickad till mottagare: SSK REHAB EC
