



VARBERGS
KOMMUN

Avvikelse TRYCKSKADA

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)

Typ av skada

Trycksår, Grad 1 Trycksår, Grad 2 Trycksår, Grad 3 Trycksår, Grad 4

Direktåtgärd

Kontaktat legitimerad Hälso- och sjukvårds personal Läkarkontakt Sjukhusvård

Bidragande orsak till avvikelsen

<input type="checkbox"/> Annan orsak	<input type="checkbox"/> Bristande instruktion	<input type="checkbox"/> Fysisk inaktivitet
<input type="checkbox"/> Avsaknad av decubitusprofylax	<input type="checkbox"/> Bristande kompetens	<input type="checkbox"/> Försämrat allmäntillstånd
<input type="checkbox"/> Bristande dokumentation	<input type="checkbox"/> Bristande rutiner	<input type="checkbox"/> Hjälpmedel saknas/trasigt
<input type="checkbox"/> Bristande födo- /vätskeintag	<input type="checkbox"/> Bristande uppmärksamhet	<input type="checkbox"/> Hudproblem
<input type="checkbox"/> Bristande information	<input type="checkbox"/> Brister i omvårdnaden	<input type="checkbox"/> Oklar ansvarsfördelning
	<input type="checkbox"/> Felaktigt använt hjälpmedel	<input type="checkbox"/> Stress

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

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 avvikelser 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
