

## Melding om avvik mellom kommunene og Helgelandssykehuset HF

<b>Dato:</b>								
<b>Innsender</b>								
Navn				Tittel				
Arbeidssted				Tlf		e-post		
Signatur nærmeste leder:								
<b>For kommunehelsetjenesten</b> (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	
<b>For avdeling/enhet i Helgelandssykehuset HF</b> (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	Ambulanse-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, Helseilsynet i fylket, kvalitetsutvalget i sykehuset eller klientutvalget i kommunen? (sett kryss)      Ja              Nei								
Hvis ja, til hvilken enhet? anonymisert kopi vedleggs(sett kryss)		Behandlende enhet i kommunen	Behandlende enhet i Helgelandssykehuset HF	Helseilsynet i fylket	Klientutvalget i kommunen	Kvalitetsutvalget i Helgelandssykehuset HF		
<b>Behandling av avviket</b> (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
<b>Behandling avsluttet</b>								
Dato:				Signatur (lesbar):				
<b>Kommentar</b>								