|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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!**