

Sorsele kommun

kommun@sorsele.se, 0952-14000

Enligt bestämmelserna i patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Anmälarens diarienummer

**Anmälare**

Förnamn

Telefon (även riktnummer)

Efternamn

E-postadress

Titel/funktion

**Vårdgivare**

Vårdgivarens namn

Postnummer

Verksamhetens namn

Postort

Enhetens namn

Telefon (även riktnummer)

Utdelningsadress

E-postadress

Beskrivning av verksamhetens organisation och bemanning

Uppgifter om berörd personals utbildningsnivå, tjänstgöringstid och anställningsform

Sorsele kommun

**Anmälan****Vad vill du anmäla?**

- En allvarlig vårdskada
- En påtaglig risk för en allvarlig vårdskada

Datum, veckodag samt klockslag för inträffad händelse

Kortfattad beskrivning av händelsen och konsekvenserna för patienten/patienterna (nuvarande tillstånd och prognos)

**Har patient/närstående underrättats om händelsen och anmälan?**

- Ja
- Nej

**Har patient/närstående lämnats tillfälle att beskriva händelsen?**

- Ja
- Nej

**Har medicinteknisk produkt använts i samband med händelsen?**

- Ja
- Nej

**Har händelsen föranlett anmälan till tillverkaren och/eller Läkemedelsverket (6 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS2008:1 om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården)?**

- Ja
- Nej

**Har händelsen föranlett polisanmälan?**

- Ja, för eventuellt beslut om rättsmedicinsk undersökning
- Ja, av annat skäl än för eventuellt beslut om rättsmedicinsk undersökning. Kopia på polisanmälan ska bifogas anmälan.
- Nej

**Eventuella övriga upplysningar****Bilagor**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anmälan/rapport om medicinteknisk avvikelse                         | <input type="checkbox"/> Kopia av fullständiga patientjournaler för aktuellt vårdtillfälle |
| <input type="checkbox"/> Bruksanvisning för medicinteknisk produkt                           | <input type="checkbox"/> Polisanmälan  |
| <input type="checkbox"/> Gällande rutiner i tillämpliga delar                                | <input type="checkbox"/> Redogörelse från berörd personal                                  |
| <input type="checkbox"/> Intern utredning gjord av verksamhetschef/MAS eller motsvarsvarande | <input type="checkbox"/> Redogörelse från berörda patienter/närstående                     |
| <input type="checkbox"/> Medicinteknisk utredning  | <input type="checkbox"/> Övrigt  |

**Underskrift**

Datum och anmälares underskrift

Namnförtydligande

Sorsele kommun

**Hantering av personuppgifter:**

Kommunen blir personuppgiftsansvarig för personuppgifterna först när den ifyllda blanketten tagits emot av kommunen. Uppgifterna kommer att behandlas enligt dataskyddsförordningen. För mer information om hur personuppgifterna behandlas i ditt ärende hänvisas till kommunens hemsida.