Sendes:

Ved systemavvik/avtaleavvik/forskriftsavvik - elektronisk til:

[postmottak@nordlandssykehuset.no](mailto:postmottak@nordlandssykehuset.no)

**Det skal ikke fremkomme pas.opplysninger i dette skjema som kan bidra til å identifisere pas.**

**Pasientens NPR nr.**

(***For å få oppgitt NPR-nummer, kan følgende telefonnummer nyttes i tidsrommet 08:00 – 15:00:* 90890436***)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dato for innsending av avvik: | | | | | |
| **Innsender** | | | | | | |
| Navn | | Tittel | | | |
| Arbeidssted | | Tlf | | epost | |
| Signatur melder Signatur nærmeste leder | | | | | |
| **Angår kommune** (fyll ut navn på kommune og informer om hvor hendelsen fant sted / ble oppdaget) | | | | | |
| **Angår avdeling/enhet i Nordlandssykehuset** (fyll ut navn på avdeling/enhet og informer om hvor hendelsen fant sted / ble oppdaget) | | | | | |
| Dato for hendelse | | | | | |
| Beskriv kort hva klagen / avviket består i | | | | | |
| Hva er, etter din oppfatning, årsak til hendelsen ? | | | | | |
| Angi alvorlighetsgrad:  (sett kryss) | Ubehagelig for pasienten | | Vanskelig/uverdig for pasienten | | Langsiktig konsekvens for pasienten |
| Er hendelsen også meldt som ”pasienthendelse” til behandlende enhet i kommune eller sykehuset, Helsetilsynet i fylket, Kunnskapssenteret i sykehuset eller klientutvalget i kommunen? | | | | | |
| Hvis ja, til hvilken enhet ? | | | | | |
| Henvis til hvilken avtale avviket gjelder for | | | | | |
| Eventuelle kommentarer / merknader / brudd på forskrift (er) | | | | | |