

## Skema til indrapportering af medicinrelaterede utilsigtede hændelser

### Patientsikkerhed i primærsektoren

Indrapportering af medicinrelaterede utilsigtede hændelser

<input type="checkbox"/> Tidligere hændelse <input type="checkbox"/> Ny hændelse
<b>Oplysninger om patienten</b>
<input type="checkbox"/> Kvinde <input type="checkbox"/> Mand      Alder _____
<input type="checkbox"/> Tilknyttet hjemmeplejen <input type="checkbox"/> Tilknyttet plejehjem <input type="checkbox"/> Andet _____
Har patienten indtaget lægemidlet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke
<b>Beskrivelse af involverede lægemidler</b>
<b>Hvor medicineringsfejlen involverede et lægemiddel:</b>
Lægemidlets navn: _____
Styrke: _____
Dosering: _____
Pakningsstørrelse: _____
Indikation/lægemiddel givet mod: _____
<b>Hvor medicineringsfejlen involverede forvekslinger</b> (fx forveksling mellem lægemidler, styrke, pakningsstørrelse o.l.):
<i>Hvad skulle det have været:</i>
Lægemidlets navn: _____
Styrke: _____
Dosering: _____
Pakningsstørrelse: _____
Indikation/lægemiddel givet mod: _____
<i>Hvad blev det:</i>
Lægemidlets navn: _____
Styrke: _____
Dosering: _____
Pakningsstørrelse: _____
Indikation/lægemiddel givet mod: _____
<b>Hvornår skete hændelsen?</b>
Ugedag: _____
Klokkeslæt: _____
<b>Hvem var involveret?</b> (sæt gerne flere krydser)
<input type="checkbox"/> Praktiserende læge <input type="checkbox"/> Apoteket <input type="checkbox"/> Hjemmeplejen <input type="checkbox"/> Plejehjemmet
<input type="checkbox"/> Patienten <input type="checkbox"/> Pårørende <input type="checkbox"/> Ved ikke      Andre _____

**Hvad skete der?**

Beskriv hændelsen. Fortsæt evt. på bagsiden

**Hvad var konsekvensen for patienten?**

Beskriv, hvilke konsekvenser hændelsen havde eller kunne have fået for patienten. Fortsæt evt. på bagsiden

**Hvorfor skete det?**

Beskriv og afkryds dine overvejelser omkring årsagerne til, at hændelsen kunne ske. Fortsæt evt. på bagsiden (sæt gerne flere krydser)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Uhensigtsmæssig ordination   | <input type="checkbox"/> Afbrydelse eller forstyrrelse i arbejdet   |
| <input type="checkbox"/> Uhensigtsmæssig overførelse af dokumentation (her forstås ophældning, udbringning, udlevering og indtagelse) | <input type="checkbox"/> Stor arbejdsbelastning                     |
| <input type="checkbox"/> Mangelfuld/ufuldstændig skriftlig kommunikation mellem aktører   | <input type="checkbox"/> Manglende viden eller oplæring             |
| <input type="checkbox"/> Mangelfuld/ufuldstændig mundtlig kommunikation mellem aktører  | <input type="checkbox"/> Manglende/upræcis procedurevejledning      |
| <input type="checkbox"/> Edb-problematik (fx kommunikation mellem edb-systemer, forveksling af linier, fejltastning)                  | <input type="checkbox"/> Manglende kontrol                          |
|   | <input type="checkbox"/> Forglemmelse                               |
|   | <input type="checkbox"/> Forveksling af lægemiddel/emballage/styrke |
|   | <input type="checkbox"/> Andet                                      |

**Hvordan kan man undgå, at en lignende hændelse kan ske igen?**

Beskriv dine forslag til forebyggelse af netop denne type hændelse. Fortsæt evt. på bagsiden

Skemaet er anonymt, men hvis du gerne vil kontaktes for at komme med kommentarer eller yderligere oplysninger, kan du skrive dit navn nedenfor. Rapporteringsskemaet vil blive anvendt i analysen af de utilsigtede hændelser, men dit navn vil ikke blive givet videre fra projektgruppen til analysegruppen.

I tvivlstilfælde kontaktes Pia Knudsen, Pharmakon, telefon: 48 20 63 79,

[pkn@pharmakon.dk](mailto:pkn@pharmakon.dk)

Navn: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Mailadresse: \_\_\_\_\_

