

ÄLDREFÖRVALTNINGEN

04.1 C

 **Fallrapport**

Tillhör: Avvikelsehantering inom hälso- och sjukvård

Namn: Personnummer:

Boendeenhet: Våning/plan: Rapportör:

Datum: Klockan:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Använde den boende något hjälpmedel vid****olyckstillfället?** |
|  | Ja |
|  | Nej |
|  |  |
|  | **Om ”Ja” - Vilken typ av hjälpmedel****användes?** |
|  | Käpp/krycka |
|  | Rollator |
|  | Gåbord |
|  | Rullstol |
|  | Hygienstol (pall/stol/mobil hygienstol) |
|  |  |
|  | Annat: |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Var inträffade olyckan?** |
|  | Hall/kök |
|  | Vardagsrum/dagrum |
|  | Badrum/toalett |
|  | Sovrum/vårdrum |
|  | Korridor |
|  | Utomhus |
|  | Annan plats: |
|  | **Typ av fallolycka:** |
|  | På plana golvet |
|  | På tröskel/matta |
|  | Från rullstol/rollator |
|  | Från stol |
|  | Från toalettstol |
|  | Från säng |
|  | I trappan |
|  | Annat fall: |
|  | **Fotbeklädnad vid****olyckstillfället:** |
|  | Barfota |
|  | Strumpor |
|  | Tofflor |
|  | Skor |

Sätt kryss i vänstra kolumnen Sätt kryss i vänstra kolumnen

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Var den boende ensam vid olyckstillfället?:** |
|  | Ja |
|  | Nej |
|  | **Vidtagen åtgärd vid olyckstillfället?** |
|  | Hjälp upp, t.ex till stol/säng |
|  | Omvårdnad t.ex sårvård |
|  | Kontakt med sjuksköterska |
|  | Transport till sjukhus |

**Hur gick olyckan**

**till:**

Vid behov av mer plats att skriva på var god vänd

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska:

2012-05-03