

Formulier Melding Incidenten Cliënten

Datum incident:	
Naam cliënt:	
Adres:	
Postcode en woonplaats:	
Telefoonnummer:	
Tijdstip:	
Naam van melder:	
Functie van melder:	
Zelf betrokken bij het incident:	Ja / Nee (omcirkelen wat van toepassing is)

Beschrijf het gebeurde en de plaats zo nauwkeurig mogelijk; maak zo nodig een tekening.

Is er iets veranderd in de lichamelijke- of geestelijke gesteldheid van de cliënt, dat mede oorzaak van het gebeurde kan zijn? Ja / nee
 Indien ja, wilt u dat hier kort omschrijven:

Ligt de oorzaak naar uw mening vooral in handelen (of niet handelen) van personen? Ja / nee

Zo ja, in welk opzicht?

- te weinig toezicht
- verkeerde afspraken
- onrustmedicatie gebruik
- verkeerde omgang met hulpmiddelen
- overige, nl.....

Soort incident (aankruisen wat van toepassing is)	
<ul style="list-style-type: none"> • Val 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> gezondheidsproblemen, duizelig, onwel <input type="checkbox"/> onrust, verward, psychische problemen <input type="checkbox"/> geen/verkeerd schoeisel <input type="checkbox"/> gladde en of natte vloeren <input type="checkbox"/> obstakel <input type="checkbox"/> verkeerd gebruik materiaal/hulpmiddel <input type="checkbox"/> ondeugdelijk materiaal/hulpmiddel <input type="checkbox"/> onbekend <input type="checkbox"/> anders, nl.....

Formulier Melding Incidenten Cliënten

Waar vond het incident plaats?	
<input type="checkbox"/> Slaapkamer <input type="checkbox"/> Huiskamer <input type="checkbox"/> Keuken <input type="checkbox"/> Badkamer <input type="checkbox"/> Doucheruimte	<input type="checkbox"/> Toilet <input type="checkbox"/> Gang <input type="checkbox"/> Trap <input type="checkbox"/> Tuin <input type="checkbox"/> Elders, nl.
<ul style="list-style-type: none"> • Medicijnen 	<input type="checkbox"/> medicijnen niet gegeven <input type="checkbox"/> medicijn op verkeerde tijdstip gegeven <input type="checkbox"/> verkeerd medicijn gegeven <input type="checkbox"/> verkeerde dosering gegeven <input type="checkbox"/> cliënt heeft medicijn niet ingenomen <input type="checkbox"/> medicijn gevonden <input type="checkbox"/> anders, nl.....
<ul style="list-style-type: none"> • Overig 	
Gevolgen gezondheid	
<input type="checkbox"/> nee, nog niet merkbaar <input type="checkbox"/> ja, pijn aan: <input type="checkbox"/> ja, blauwe plek, zwelling aan: <input type="checkbox"/> ja, huidletsel aan: <input type="checkbox"/> ja, botbreuk aan:	<input type="checkbox"/> nadelig geestelijk gevolg <input type="checkbox"/> onbekend <input type="checkbox"/> cliënt is overleden <input type="checkbox"/> anders, nl.....
Welke stappen werden er ondernomen na het incident?	
<input type="checkbox"/> huisarts ingeschakeld <input type="checkbox"/> coördinator thuiszorg geïnformeerd <input type="checkbox"/> incident gerapporteerd	<input type="checkbox"/> familie <input type="checkbox"/> collega <input type="checkbox"/> anders, nl.....

(Omcirkel één getal van 1 tot 5)	(veel risico)				(weinig risico)
Is het incident naar uw mening een risicovolle situatie voor andere cliënten?	1	2	3	4	5
Hoe hoog schat u de kans op herhaling?	1	2	3	4	5

Is voorkoming van dit incident mogelijk?
Zo ja, hoe?

Ja / Nee

Heeft u zelf letsel of pijn ondergaan door toedoen van een cliënt?
Zo ja, hoe?

Ja / Nee

Heeft u behoefte aan een reactie van de verbetercommissie

Ja / Nee

Formulier insturen naar het kantoor t.a.v. uw zorgcoördinator