|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rapportnummer | | | |
| **Uppgiftslämnare** | | | |
| Inrättning för blodtjänst: |  | | |
| Verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård (sjukhus/avdelning/tfn): | | | |
| Datum för bekräftelse | | | Datum för risksituation |
|  | | | |
| Beskrivning av risksituationen (tilläggsuppgifter) | | | |
| Analys av grundläggande orsaker | | | |
| Följder (realiserade risker) | | | |
| Korrigerande/förebyggande åtgärder | | | |
| Bilagor | | | |
|  | | | |
| Rapporteringsdatum | | Rapportör/tfn och underskrift | |