|  |
| --- |
| 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       |