

Uttale

(Ved sjukehus skal uttalen fyllast ut av avd. overlegen der skaden blir hevda å ha skjedd. Send skademeldinga via sjukehusleinga til NPE.)

| Behandlingsstad | | |
|--|---|---------------------------------------|
| Namnet på behandlingsstaden (for sjukehus: namn og avdeling) | | |
| Etternamnet til pasienten (blokkbokstavar) | Førenamnet til pasienten (blokkbokstavar) | Fødselsnr – 11 siffer (må fyllast ut) |
| Grunnsjukdom | | |
| Gjer greie for grunnsjukdomen til pasienten, kor alvorlig han er og kva slags medisinsk behandling pasienten fekk. | | Diagnosekode: |
| | | |
| Legemiddelet | | |
| Namn på legemiddelet | | ATC-kode: |
| | | |
| Legemiddelskaden | | |
| Diagnose (norsk og latin) | | Diagnosekode: |
| | | |
| Grei ut om legemiddelskaden | | |
| | | |
| Vurder kor sannsynleg det er at skaden skuldast bruk av legemiddelet | | |
| | | |

Legg ved kopi av journalen til pasienten, inkludert operasjonsbeskriving, pleierapport, epikriser, prøveresultat, kurver, tilvisingsbrev, aktuelle røntgenbilde og andre relevante dokument.

| Er det skrive annan rapport om skaden – f. eks. til legemiddelverket? (legg i så fall ved) <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja | Vil skaden medføre varig invaliditet? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Om ja, medisinsk invaliditetsgrad: Invaliditet til yrke/ervert? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja | Kan først vurderast seinare (månad, år) |
|--|---|---|
| Personell elles som kan gi opplysningar | | |
| | | |
| Underskrift | | |
| Dato | Namn | |
| | Stilling | |



Utgreiing om legemiddelskaden (framhald frå førre side)