

MELDING (BIJNA) INCIDENTEN CLIËNTEN (MIC)



I. ALGEMENE GEGEVENS

1. Type incident/melding	2. Gegevens cliënt	3. Aandoening cliënt.
<input type="checkbox"/> Voorgevallen incident <input type="checkbox"/> Bijna incident of gevaarlijke situatie.	Dhr./mevr.:..... Geb. datum:.....	<input type="checkbox"/> Terminale cliënt <input type="checkbox"/> Chronisch zieke cliënt <input type="checkbox"/> Gehandicapte cliënt <input type="checkbox"/> Tijdelijk zieke cliënt <input type="checkbox"/> Psychogeriatrisch zieke cliënt
4. Plaats van het (bijna) incident of gevaarlijke situatie	5. Tijdstip van het (bijna) incident of ontdekking:	
<input type="checkbox"/> Bij cliënt thuis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> In welk vertrek of ruimte:	Datum (dag/maand/jaar) Tijdstip: (0 tot 24 uur/min)	

II. WAT GEBEURDE ER OF HAD ER KUNNEN GEBEUREN?

6. Soort (bijna) incident	6.1 Indien val incident	6.2 Indien voedingsincident
<input type="checkbox"/> Vallen (zie ook 6.1) <input type="checkbox"/> Voeding (zie ook 6.2) <input type="checkbox"/> Medicatie (zie ook 6.3) <input type="checkbox"/> Stoten knellen botsen <input type="checkbox"/> Agressie <input type="checkbox"/> Vermissing cliënt <input type="checkbox"/> Inname schadelijke stoffen <input type="checkbox"/> Brand / schroeien <input type="checkbox"/> Anders (Leg uit bij 14)	<input type="checkbox"/> Op de grond aangetroffen <input type="checkbox"/> Struikelen / uitglijden <input type="checkbox"/> Door knieën zakken <input type="checkbox"/> Ergens af/uit/naast vallen <input type="checkbox"/> Anders (leg uit bij 14)	<input type="checkbox"/> Verslikken <input type="checkbox"/> Verbranden <input type="checkbox"/> Bedorven voedsel <input type="checkbox"/> Anders (Leg uit bij 14)
6.3 Indien medicatie incident; welk medicijn (en dosis, tijdstip of toediening?) <input type="checkbox"/> Verkeerd recept <input type="checkbox"/> Niet genomen <input type="checkbox"/> Niet gekregen <input type="checkbox"/> Verkeerd medicijn <input type="checkbox"/> Verkeerde dosis In plaats van:..... <input type="checkbox"/> Verkeerd tijdstip <input type="checkbox"/> Verkeerde toedieningswijze		



7. <i>Waardoor gebeurde het?</i>	8. <i>Welke omstandigheid is medeoorzaak?</i>	C. <i>Was er een beschermende maatregel?</i>
<input type="checkbox"/> Door materiaal bijv. meubels, hulpmiddelen, apparaten, kleding, sanitair. <input type="checkbox"/> (Niet) handelen van de cliënt <input type="checkbox"/> Handelen van het personeel <input type="checkbox"/> Anders (Leg uit bij 14)	<input type="checkbox"/> Verkeerd gebruik materiaal <input type="checkbox"/> Defect materiaal <input type="checkbox"/> Natte vloer/obstakel <input type="checkbox"/> Foute aflevering of bereiding <input type="checkbox"/> Afspraken schieten tekort <input type="checkbox"/> Bewust genomen risico <input type="checkbox"/> Vergissing of vergeten <input type="checkbox"/> Anders (Leg uit bij 14)	<input type="checkbox"/> Bedekken <input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> Anders

IV. AFLOOP

9. <i>Lichamelijk letsel cliënt</i>	10. <i>Psychische schade cliënt</i>	11. <i>Letsel anderen</i>
<input type="checkbox"/> Nee/geen cliënt betrokken <input type="checkbox"/> (Nog) Niet merkbaar <input type="checkbox"/> Pijn <input type="checkbox"/> Blauwe plek/zwelling <input type="checkbox"/> Huidletsel <input type="checkbox"/> Botbreuk <input type="checkbox"/> Benauwdheid <input type="checkbox"/> Overleden <input type="checkbox"/> Anders (Leg uit bij 14)	<input type="checkbox"/> Geen cliënt betrokken <input type="checkbox"/> (Nog) niet merkbaar <input type="checkbox"/> Sufheid <input type="checkbox"/> Onrust <input type="checkbox"/> Angst <input type="checkbox"/> Anders (Leg uit bij 14)	<input type="checkbox"/> Nee/geen anderen bij betrokken <input type="checkbox"/> (Nog) niet merkbaar <input type="checkbox"/> Ja (leg uit bij 14)
12. <i>Wie is gewaarschuwd?</i>	13. <i>Ziekenhuisopname of consult nodig?</i>	
<input type="checkbox"/> Arts <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Leidinggevende <input type="checkbox"/> Arts en Familie <input type="checkbox"/> Arts en leidinggevende <input type="checkbox"/> Leidinggevende en familie <input type="checkbox"/> Arts/familie/leiding <input type="checkbox"/> Geen/anderen	<input type="checkbox"/> Nee/geen cliënt betrokken <input type="checkbox"/> (Nog) niet duidelijk <input type="checkbox"/> Alleen consult <input type="checkbox"/> Ziekenhuisopname	
14. Nadere uitleg of toelichting op het (bijna) incident:		
15. Hoe kan het (bijna) incident in de toekomst worden voorkomen?		



<i>16. Betrokkenheid van de melder</i>	<i>17. Wilt u contact met de M.I.C. commissie over deze melding?</i>	<i>18. Ingevuld door</i>
<input type="radio"/> Direct betrokken of getuige <input type="radio"/> Achteraf aangetroffen of gealarmeerd	<input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja	Naam :..... Instelling :..... datum :.....