|  |
| --- |
| **Transmuraal Incident Melding - vertrouwelijk** |

*In te vullen door melder*

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum Melding:** |  |
| **Contactgegevens Melder:** | *Naam**Functie**E-mail adres / telefoonnummer* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum incident:** |  |
| 1. **Korte omschrijving van het incident**
 |  |
| 1. **Wat was volgens u de oorzaak van het incident?**
 |  |
| 1. **Heeft u zelf actie ondernomen?**
 |  |
| 1. **Suggesties ter voorkoming van dergelijke incidenten?**
 |  |

*U kunt dit formulier mailen naar de TIM-coördinator, Karin van Mil,* *karin.vanmil@zrt.nl**, of naar* *secretariaat@gezondrivierenland.nl**.*

*Uw melding wordt vertrouwelijk behandeld, en u wordt op de hoogte gesteld van de genomen acties.*

**Toelichting**

Met dit formulier kunt u incidenten melden die zich in de samenwerking tussen huisartspraktijk en ziekenhuis voordoen. De melding wordt geanalyseerd en afgehandeld door de TIM-coördinator, en indien nodig nabesproken in de TIM-commissie (het medische staven overleg van CHV en ZR samen), en evt. nog doorgestuurd naar de eigen VIM-commissies.

Voor incidenten in de ketenzorg (DM, CVRM, COPD) dienen de huisartsen de meldprocedures te volgen van de eigen zorggroep. Specialisten kunnen dit TIM formulier gebruiken, de TIM-coördinator zorgt dan voor de verdere afhandeling binnen de ketenzorg en het inlichten van de commissies zorginhoud indien nodig.

*In te vullen door TIM-coördinator en/of TIM-commissie*

|  |  |
| --- | --- |
| **Analyse van oorzaak** |  |
| **Gevolgde werkwijze** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Te nemen acties ter voorkoming incident in de toekomst** | **Datum voltooid** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
| **3.** |  |   |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dit document is verstuurd naar:** | **Datum** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |