



RAPPORT AV SKADA/OLYCKSTILLBUD, ELEVER

Inlämnas till skolsköterskan vid varje tillbud/händelse som medfört personskada eller risk för personskada. Rapporten tas upp på Arbetsplatsträff/i samverkansgrupp av skolsköterskan. Blanketten ifylles av lärare, elev och ev elevskyddsombud gemensamt. Ett exemplar delges vårdnadshavare.

Namn: _____	Klass: _____	
Skola: _____	Ålder: _____	<input type="checkbox"/> Flicka
		<input type="checkbox"/> Pojke

Beskriv hur olyckan/tillbudet gick till: (ange händelseförloppet noga)

När inträffade händelsen? Datum: _____ Klockslag: _____

Händelsen inträffade under:

Lektionstid Rast Friluftsverksamhet

Lägerskola Annat: _____

Var inträffade händelsen?

INNE

<input type="checkbox"/> Lektionssal, teori	<input type="checkbox"/> Lektionssal, laboration	<input type="checkbox"/> Idrottshall
<input type="checkbox"/> Simhall	<input type="checkbox"/> Slöjdsal, trä/metall	<input type="checkbox"/> Slöjdsal, textil
<input type="checkbox"/> Trappa	<input type="checkbox"/> Korridor	<input type="checkbox"/> Matsal

UTE

<input type="checkbox"/> Skolgård	<input type="checkbox"/> Idrottsplan, bollplan	<input type="checkbox"/> Trottoar, torg
<input type="checkbox"/> Cykelväg	<input type="checkbox"/> Gata, väg	<input type="checkbox"/> Annan plats: _____

Hur skadades eleven? Skadad kroppsdel

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tänder | <input type="checkbox"/> Ögon | <input type="checkbox"/> Huvud övrigt/hals |
| <input type="checkbox"/> Överkropp | <input type="checkbox"/> Axel/arm | <input type="checkbox"/> Handled/hand/finger |
| <input type="checkbox"/> Underkropp | <input type="checkbox"/> Lårben/knä | <input type="checkbox"/> Underben/fot/tå |
| <input type="checkbox"/> Inre organ | <input type="checkbox"/> Annan kroppsdel: _____ | |

Typ av skada

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sårskada | <input type="checkbox"/> Kontusion | <input type="checkbox"/> Fraktur |
| <input type="checkbox"/> Vrickning/stukning | <input type="checkbox"/> Urledvridning | <input type="checkbox"/> Hjärnskakning |
| <input type="checkbox"/> Brännskada | <input type="checkbox"/> Frätskada | <input type="checkbox"/> Förgiftning |
| <input type="checkbox"/> Inre blåskada | <input type="checkbox"/> Tandskada | <input type="checkbox"/> Annan skada |

Fanns ansvarig lärare/vuxen närvarande? Ja Nej

Har eleven uppsökt:

- Skolsköterska Vårdcentral Sjukhus Tandläkare

Möjlig orsak till skadan/tillbudet. Finns brister i utrustning, säkerhet etc.

Ange så noga som möjligt.

Vad bör åtgärdas? _____

Vem bör ta ansvar för åtgärderna? _____

När bör åtgärderna vara genomförda? _____

Olyckan orsakade frånvaro från skolarbetet för eleven i _____ dagar.

Underskrifter

Karlskoga den _____

Namnteckning elev/målsman _____

Namnteckning lärare _____

Namnteckning ev elevskyddsombud _____