

ALLEGATO 4 SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTE SEZIONE INFERMIERISTICA

Ospedale _____ U.O. _____ CC. _____		
Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____		
Data ricovero _____ Data evento caduta _____ Ora caduta _____		
Testimoni presenti alla caduta	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Altri pazienti <input type="checkbox"/> Familiari <input type="checkbox"/> Personale sanitario <input type="checkbox"/> Altro _____	Il paziente è in grado di fornire informazioni sulla dinamica dell'accaduto? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non ricorda
Luogo della caduta	<input type="checkbox"/> Stanza <input type="checkbox"/> Servizi igienici <input type="checkbox"/> Scale <input type="checkbox"/> Spazi comuni	<input type="checkbox"/> Corridoio <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Spazi esterni <input type="checkbox"/> Altro _____
	ERANO IN USO LE SPONDINE LATERALI? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Modalità della caduta	<input type="checkbox"/> Caduta da posizione eretta <input type="checkbox"/> Caduta da seduto <input type="checkbox"/> Caduta da letto <input type="checkbox"/> Caduta dalla barella <input type="checkbox"/> Altro	(breve descrizione della dinamica)
Meccanismo della caduta	Dinamica dell'evento e/o attività che la persona stava svolgendo	
<input type="checkbox"/> Inciampato <input type="checkbox"/> Scivolato <input type="checkbox"/> Perdita di forza <input type="checkbox"/> Perdita di equilibrio <input type="checkbox"/> Perdita di coscienza <input type="checkbox"/> Capogiro <input type="checkbox"/> Non rilevabile	<input type="checkbox"/> Camminava <input type="checkbox"/> Scendeva dal letto <input type="checkbox"/> Saliva dal letto <input type="checkbox"/> Si stava alzando o sedendo sulla sedia <input type="checkbox"/> Si stava trasferendo dal letto alla sedia o viceversa <input type="checkbox"/> Stava utilizzando i servizi igienici <input type="checkbox"/> Si stava vestendo/svestendo	<input type="checkbox"/> Stava raggiungendo un oggetto <input type="checkbox"/> Stava raggiungendo il campanello di chiamata <input type="checkbox"/> Stava dormendo e/o cambiando posizione a letto <input type="checkbox"/> Stava effettuando l'igiene personale <input type="checkbox"/> Aspettava in barella <input type="checkbox"/> Non rilevabile <input type="checkbox"/> Altro _____
Fattori Favorenti	<input type="checkbox"/> Cadute pregresse <input type="checkbox"/> deficit neurocognitivi <input type="checkbox"/> deficit visivi <input type="checkbox"/> incontinenza <input type="checkbox"/> calzature non adeguate <input type="checkbox"/> problemi di equilibrio/mobilità/tono muscolare <input type="checkbox"/> profilo emodinamico e/o cardiovascolare	<input type="checkbox"/> assunzione di farmaci ad alto rischio <input type="checkbox"/> recente variazione della terapia

FIRMA INFERMIERE _____ **MATR** _____

SEZIONE MEDICA

Conseguenza cadute	<input type="checkbox"/> con danno lieve <input type="checkbox"/> con danno moderato <input type="checkbox"/> con danno severo <input type="checkbox"/> morte	<input type="checkbox"/> senza danno
Sede del danno	Tipo di danno	
Sede _____	<input type="checkbox"/> Escoriazione <input type="checkbox"/> Contusione <input type="checkbox"/> Ematoma <input type="checkbox"/> Ferita	<input type="checkbox"/> Distorsione <input type="checkbox"/> Trauma cranico <input type="checkbox"/> Frattura di femore <input type="checkbox"/> Altre fratture: Specificare _____
Accertamenti diagnostici richiesti	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> esami di laboratorio <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> visita specialistica <input type="checkbox"/> altre indagini strumentali	
Trattamenti terapeutici effettuati a breve termine	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> punti di Sutura <input type="checkbox"/> Steristrips <input type="checkbox"/> Medicazione ferita	<input type="checkbox"/> applicazione tutore/apparecchio gessato <input type="checkbox"/> intervento chirurgico <input type="checkbox"/> ricovero in terapia intensiva <input type="checkbox"/> Altro _____
Terapia farmacologica in atto	<input type="checkbox"/> Sedativi del SNC <input type="checkbox"/> Diuretici <input type="checkbox"/> Ipotensivanti <input type="checkbox"/> Antiaritmici	Il paziente assume più di 4 farmaci? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Note _____		

FIRMA MEDICO _____ **MATR** _____