

ALLEGATO N° 3 SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTA PAZIENTE

Sezione a compilazione infermieristica

U.O. -----DATA-----

COGNOME-----NOME-----DATA DI NASCITA-----

DATA RICOVERO-----DATA EVENTO CADUTA-----ORA CADUTA-----

SCHEDA VALUTAZIONE RISCHIO CADUTA PRESENTE ASSENTE

ADOZIONE ACCORGIMENTI PREVENZIONE RISCHIO CADUTA? SI NO

SPECIFICARE-----

PRECEDENTI CADUTE IN ALTRI RICOVERI SI NO I caduta II caduta più cadute

PERSONE PRESENTI ALLA CADUTA

NESSUNO/IL PAZIENTE ERA SOLO ALTRI PAZIENTI PERSONALE SANITARIO

FAMILIARI ALTRI------

IL PAZIENTE E' IN GRADO DI FORNIRE DESCRIZIONE CIRCA LA DINAMICA DELLA CADUTA?

SI NO NON RICORDA CONFUSO

LUOGO DELLA CADUTA

CORRIDOIO BAGNO LETTO STANZA SPAZI ESTERNI SCALE ALTRO -----

PAVIMENTO BAGNATO/SCIVOLOSO S I NO NON SI SA

ILLUMINAZIONE BUONA SCARSA ASSENTE

MODALITA' DELLA CADUTA : CADUTA DA

POSIZIONE ERETTA SEDUTO DALLA CARROZZINA

DALLA SEDIA/POLTRONA DALLA BARELLA ALTRO

DAL LETTO CON SPONDINE SENZA SPONDINE

TIPO DI CALZATURA

CHIUSE APERTE CALZINI PIEDI NUDI

MECCANISMO DELLA CADUTA DINAMICA DELL'EVENTO E/O ATTIVITÀ CHE LA PERSONA STAVA SVOLGENDO

INCIAMPATO | SCIVOLATO | PERDITA DI FORZA/CEDIMENTO | PERDITA DI EQUILIBRIO

| PERDITA DI COSCIENZA | CAPOGIRO / SVENIMENTO | NON RILEVABILE

| CAMMINAVA: | VERSO O DAL BAGNO | IN STANZA | IN CORRIDOIO

| SCENDEVA DAL LETTO | SALIVA SUL LETTO

| SI STAVA ALZANDO O SEDENDO DALLA SEDIA / POLTRONA / CARROZZINA / COMODA

| SI STAVA TRASFERENDO DAL LETTO ALLA SEDIA O VICEVERSA

| STAVA UTILIZZANDO LA TOILETTE

| STAVA EFFETTUANDO L'IGIENE PERSONALE

| SI STAVA VESTENDO O SVESTENDO

| STAVA RAGGIUNGENDO UN OGGETTO

| STAVA RAGGIUNGENDO IL CAMPANELLO DI CHIAMATA

| STAVA DORMENDO E/O CAMBIANDO POSIZIONE A LETTO

| ASPETTAVA IN BARELLA

| NON RILEVABILE ALTRO

Firma infermiere-----

SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTA PAZIENTE

Sezione a compilazione medica

Cognome-----nome-----

Data nascita-----

Conseguenze visibili della caduta

Con danno senza danno

Sede del danno-----

Tipo di danno

Escoriazione

Contusione

Ematoma

Ferita

Altro

Note-----

Data----- Firma medico
