



SCHEDA DI SEGNALAZIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE

U.O. Gestione del Rischio Clinico

P.O./S.O. _____

Unità Operativa _____ Cartella clinica n. _____

Cognome e nome del paziente _____

Data di nascita ____/____/____ Età del paziente _____ Sesso M F

Diagnosi di ammissione _____

SEZIONE A COMPILAZIONE INFERMIERISTICA

Data e ora di accadimento dell'evento: ____/____/____ H. ____

Chi ha rilevato l'evento: Medico Strutturato ; Guardia Interdivisionale ; Infermiere ; OTA/Ausiliario ; altri pazienti ; familiari ; il paziente era da solo ; altro _____

Data di segnalazione dell'evento: ____/____/____

Chi ha segnalato l'evento: Medico Strutturato ; Guardia Interdivisionale ; Infermiere professionale

Scheda di rilevazione del rischio di caduta (Scheda di Conley): presente ; assente .

Se presente, indicare l'indice di Conley: all'accettazione ____; dopo le 72 h ____; ultima rilevazione ____

Se in una delle rilevazioni l'indice di Conley è stato ≥ 2 , sono stati messi in atto interventi preventivi e/o correttivi? SI ; NO Se NO, perchè _____

Scheda di rilevazione dei rischi ambientali dell'Unità Operativa (check-list): presente ; assente

Se presente, allegarla.

Precedenti cadute durante il ricovero: nessuna (1° caduta) ; 2° caduta ; 3° caduta ; più di 3 cadute

Luogo caduta: stanza ; servizi igienici (nella stanza di degenza) ; servizi igienici (non nella stanza di degenza) ; scale ; corridoio ; ambulatorio ; spazi esterni ; altro _____



SCHEDA DI SEGNALAZIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE

U.O. Gestione del Rischio Clinico

Modalità caduta: caduto dalla posizione eretta ; caduto da seduto ; caduto dal letto con spondine ; caduto dal letto senza spondine ; caduto dalla barella ; altro _____

Meccanismo caduta: inciampato ; scivolato ; perdita di forza/cedimento ; inciampato ; perdita di equilibrio ; perdita di coscienza ; capogiro/svenimento ; non rilevabile ; camminava: verso il bagno — in stanza — in corridoio ; stava effettuando l'igiene personale/vestizione ; stava raggiungendo un oggetto ; stava raggiungendo il campanello di chiamata ; stava dormendo e/o cambiando posizione a letto ; altro _____

Tipo di calzatura: aperta ; chiusa ; calzini/scalzo

Firma Infermiere/tecnico/fisiot.

SEZIONE A COMPILAZIONE MEDICA

L'evento ha avuto conseguenze: SI ; NO Vi è stata perdita di coscienza?: SI ; NO

Lesione:

tipo _____

Sede _____

Accertamenti diagnostici richiesti: ECG ; Visita Medica ; Visita specialistica ; Intervento chirurgico ; Esami di laboratorio ; Esami radiologici: RX (specificare distretto _____) ; TAC (specificare distretto _____) ; RMN (specificare distretto _____) ; Altro (specificare _____) ; Ricovero terapia intensiva ; Trasferimento in altra U.O. (specificare _____) ; altro _____

Trattamenti terapeutici effettuati a breve termine: nessuno ; sutura ; steristrips ; medicazione ; altro _____

Attuale terapia farmacologica: sedativi del SNC ; antistaminici per uso sistemico ; diuretici ; antiaritmici ; ipotensivanti ; vasodilatatori ; altro _____

Altri eventuali interventi correttivi intrapresi: _____

Come si sarebbe potuto evitare l'evento?
_____ **Necessita di follow up dopo la dimissione in seguito alla caduta?** SI ; NO

L'evento è stato registrato in cartella? SI ; NO

Firma Medico