

	Scheda segnalazione caduta paziente	MOD. 03 PG GRC_cadute Rev. 00 Del 21/01/2014 Pag. 1 di 2
	DIREZIONE GENERALE GESTIONE RISCHIO CLINICO	

1. SEZIONE A COMPILAZIONE INFERMIERISTICA

U.O..... Presidio/ MacroareaN° cartella clinica.....				
Cognome		Nome		Data di nascita.....
Data ricovero		Data caduta.....		Ora caduta Turno.....
Giorno: ☐ Lunedì ☐ Martedì ☐ Mercoledì ☐ Giovedì ☐ Venerdì ☐ Sabato ☐ Domenica				
Luogo dell'evento →	☐ Camera	☐ Bagno	☐ Corridoio	☐ Scale
	☐ Ascensore	☐ Ambulatorio	☐ Atrio	☐ Spazi esterni (giardino, balcone) ☐ Altro, (Specificare).....
Scheda valutazione rischio caduta presente in cartella e compilata: SI ☐ NO ☐				
Livello di rischio del paziente : <u>BASSO (<25)</u> ☐ <u>MODERATO (25-49)</u> ☐ <u>ALTO (>=50)</u> ☐				
Precedenti cadute durante l'attuale ricovero /presa in carico: SI ☐ NO ☐				
Interventi di prevenzione attivati e registrati in scheda: SI ☐ NO ☐				
Testimoni dell'evento →	☐ Altri pz/ utenti	☐ Operatori	☐ Familiari/caregiver	☐ Nessuno
Il paziente è in grado di fornire informazioni sulla dinamica della caduta SI ☐ NO ☐				
Modalità della caduta				
☐ Caduto da posizione eretta ☐ Caduto dal letto (☐ con spondine ☐ senza spondine) ☐ Caduto da barella ☐ Caduto da seduto (☐ da sedia/poltrona ☐ da carrozzina) ☐ Caduto durante movimentazione assistita ☐ altro.....				
Descrizione della dinamica e/o dell'attività che la persona stava svolgendo				
Dinamica dell'evento →	☐ Deambulando, inciampa		☐ Nello spostarsi dal letto, scendendo o salendo	
☐ Nello spostarsi dalla barella			☐ Nello spostarsi dalla posizione seduta	
☐ Scivola dal bordo o girandosi nel letto			☐ Altro (Specificare).....	
Attività recedente l'evento →	☐ Non rilevabile		☐ A letto, riposava/dormiva	
☐ Era seduto	☐ Era in piedi per attività varie		☐ Si recava o tornava dal bagno	
☐ Stava raggiungendo il campanello di chiamata	☐ Stava raggiungendo un oggetto	☐ Aspettava in barella	☐ Aspettava seduto su sedia/carrozzina	
☐ Stava utilizzando la toilette	☐ Stava effettuando l'igiene personale	☐ Si stava vestendo o svestendo	Altro (Specificare).....	
Perdita di coscienza →	☐ NO	☐ SI	☐ Confusione	
Lesioni evidenti →	☐ NO	☐ SI	Sede:.....	
Avvisato il Medico	☐ SI (specificare Nome e Cognome ora)		☐ NO	
Avvisati i Familiari	☐ SI		☐ NO	
Note:				
Infermiere rilevatore		Ora di rilevazione	Data di rilevazione	

	Scheda segnalazione caduta paziente		MOD. 3 PG GRC_cadute CADUTE Rev. 00 Del 21/01/2014 Pag. 2 di 2
	DIREZIONE GENERALE GESTIONE RISCHIO CLINICO		

2. SEZIONE A COMPILAZIONE MEDICA

Conseguenze evento →	☐ Assenza di lesioni	☐ Danno minore/moderato	☐ Danno maggiore	☐ altro
Sede della lesione:.....				

Tipo di lesione →	☐ Escoriazione	☐ Contusione	☐ Ematoma	☐ Ferita
☐ Distorsione	☐ Trauma cranico	☐ Frattura femore	☐ Altre fratture	☐ Altro (<i>Specificare</i>).....

Indagini diagnostico-strumentali richieste →	☐ nessuna	☐ Rx	☐ Consulenza specialistica (<i>Specificare</i>) ☐ Altro (<i>Specificare</i>).....
	☐ TC	☐ Esami di laboratorio	
	☐ RMN		

ALLEGARE COPIA REFERTI

Diagnosi →	
------------	--

Trattamenti terapeutici effettuati a breve termine:→	☐ Nessuno	☐ Sutura	☐ Medicazione	☐ Altro (<i>Specificare</i>)
				
Necessità di monitoraggio dopo l'evento →		☐ Si	☐ No	

Fornite informazioni ai familiari/persona di riferimento →	☐ Si	☐ No
--	-----------------------------	-----------------------------

Altro:			
Note:			
<table border="1"> <tr> <td>Medico rilevatore</td> <td>Ora di rilevazione</td> <td>Data di rilevazione</td> </tr> </table>	Medico rilevatore	Ora di rilevazione	Data di rilevazione
Medico rilevatore	Ora di rilevazione	Data di rilevazione	

Nota:

La scheda compilata deve essere inserita in CC.

Una copia della scheda deve essere inviata al Servizio Gestione rischio clinico: fax 0744/ 612579

Oppure email: rischio.clinico@uslumbria2.it