

	AUSL PESCARA	Revisione 01
	U.O.S.D. RISK MANAGEMENT Dr.ssa Annamaria Ambrosi Tel. 0854253523- e-mail annamaria.ambrosi@ausl.pe.it	Data emissione Novembre 2016
Sito web www.ausl.pe.it	SCHEDA DI SEGNALAZIONE CADUTA	ALLEGATO 8
		<i>Redazione</i> Dr.ssa Annamaria Ambrosi Dr.ssa Rosangela Antuzzi
La presente scheda, compilata in ogni sua parte ed in maniera leggibile, deve essere inviata all'UOS RISK MANAGEMENT (una copia conservata nella Cartella Clinica del Paziente)		

SEZIONE A CURA DELL'INFERMIERE

STRUTTURA/UNITA' OPERATIVA : _____

Dati del Paziente		Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Cognome:	Nome:	Data di nascita / /
Data di ricovero: / /	Data evento "caduta": / /	Ora:
Giorno della settimana: <input type="checkbox"/> lunedì <input type="checkbox"/> martedì <input type="checkbox"/> mercoledì <input type="checkbox"/> giovedì <input type="checkbox"/> venerdì <input type="checkbox"/> sabato <input type="checkbox"/> domenica Turno: <input type="checkbox"/> Mattino <input type="checkbox"/> Pomeriggio <input type="checkbox"/> Notte		
Punteggio della Scala di Conley:		
Grado di rischio della caduta alto <input type="checkbox"/> medio <input type="checkbox"/> basso <input type="checkbox"/>		
Precedenti cadute durante l'attuale ricovero: <input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> 2° caduta <input type="checkbox"/> 3° caduta <input type="checkbox"/> più di 3 cadute		
Dinamica dell'evento e sintetica descrizione:		
<hr/> <hr/> <hr/>		
Testimoni presenti alla caduta:	<input type="checkbox"/> nessuno/il paziente da solo <input type="checkbox"/> altri pazienti <input type="checkbox"/> familiari <input type="checkbox"/> personale sanitario <input type="checkbox"/> altro	Il paziente è in gradi di fornire informazioni sulla dinamica della caduta? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no (abituamente confuso/disorientato) <input type="checkbox"/> no (non ricorda)
Luogo della caduta:	<input type="checkbox"/> stanza <input type="checkbox"/> servizi igienici <input type="checkbox"/> scale	<input type="checkbox"/> corridoio <input type="checkbox"/> ambulatorio <input type="checkbox"/> spazi esterni <input type="checkbox"/> altro
Cause ambientali:	<input type="checkbox"/> illuminazione <input type="checkbox"/> pavimento bagnato <input type="checkbox"/> altro	
Modalità della caduta:	<input type="checkbox"/> caduto da posizione eretta <input type="checkbox"/> caduto da seduto: <input type="checkbox"/> comoda <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> sedia/poltrona <input type="checkbox"/> caduto dal letto: <input type="checkbox"/> con spondine <input type="checkbox"/> senza spondine <input type="checkbox"/> caduto dalla barella <input type="checkbox"/> altro	
Meccanismo della caduta:	<input type="checkbox"/> inciampato <input type="checkbox"/> scivolato <input type="checkbox"/> perdita di forza/cedimento <input type="checkbox"/> perdita di equilibrio <input type="checkbox"/> perdita di coscienza <input type="checkbox"/> capogiro/svenimento <input type="checkbox"/> non rilevabile	
Data di compilazione ___/___/____	Firma leggibile dell'Infermiere	

SEZIONE A CURA DEL MEDICO

STRUTTURA/UNITA' OPERATIVA : _____

SCHEMA DI SEGNALAZIONE CADUTA

Dati del Paziente

Cognome: _____ Nome: _____ Data di nascita / /

Conseguenze della caduta: con danno
 senza danno

Sede del danno: _____

Tipo di danno: escoriazione trauma cranico
 contusione frattura - specificare: _____
 ematoma altro - specificare: _____
 ferita _____
 distorsione _____

Accertamenti diagnostici richiesti: nessuno
 accertamenti strumentali: _____
 visita specialistica: _____

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

Terapia farmacologica in atto: diuretici
 ipotensivi
 antiaritmici
 sedativi del SNC
 assume più di 4 farmaci si no

OSSERVAZIONI:

Necessità di follow-up successivamente all'evento caduta: si no

Data di compilazione
____/____/____

Firma leggibile del Medico