

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 I SCIVOLATO I PERDITA DI FORZA/CEDIMENTO I PERDITA DI EQUILIBRIO
- I PERDITA DI COSCIENZA ICAPOGIRO / SVENIMENTO I NON RILEVABILE
- I CAMMINAVA: I VERSO O DAL BAGNO I IN STANZA I IN CORRIDOIO
- I SCENDEVA DAL LETTO I SALIVA SUL LETTO
- I SI STAVA ALZANDO O SEDENDO DALLA SEDIA / POLTRONA / CARROZZINA / COMODA
- I SI STAVA TRASFERENDO DAL LETTO ALLA SEDIA O VICEVERSA
- I STAVA UTILIZZANDO LA TOILETTE
- I STAVA EFFETTUANDO L'IGIENE PERSONALE
- I SI STAVA VESTENDO O SVESTENDO
- I STAVA RAGGIUNGENDO UN OGGETTO
- I STAVA RAGGIUNGENDO IL CAMPANELLO DI CHIAMATA
- I STAVA DORMENDO E/O CAMBIANDO POSIZIONE A LETTO
- I ASPETTAVA IN BARELLA
- I 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
