



AOUSassari

Unità Operativa Clinica Medica
Direttore _____

Progetto Prevenzione e Gestione delle cadute in Ospedale

SCHEMA DI SEGNALAZIONE DELLE CADUTE*1° sezione a compilazione infermieristica*Codice fiscale _____ SESSO F M N°. Cart. _____

Data evento "caduta" _____ Ora caduta _____

Testimoni presenti alla caduta	<input type="checkbox"/> nessuno/ il pz era solo <input type="checkbox"/> altri pz <input type="checkbox"/> familiari <input type="checkbox"/> personale sanitario <input type="checkbox"/> altro	Il pz è in grado di fornire informazioni sulla dinamica della caduta? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (ABITUALMENTE CONFUSO/DISORIENTATO) <input type="checkbox"/> NO (NON RICORDA)
Precedenti cadute durante il ricovero	<input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> 2° caduta <input type="checkbox"/> 3° caduta <input type="checkbox"/> più di 3 cadute	
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
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	Dinamica dell'evento e/o attività che la persona stava svolgendo	
<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	<input type="checkbox"/> camminava: <input type="checkbox"/> verso o dal bagno <input type="checkbox"/> in stanza <input type="checkbox"/> in corridoio <input type="checkbox"/> scendeva dal letto <input type="checkbox"/> saliva sul letto <input type="checkbox"/> si stava alzando o sedendo sulla sedia/poltrona/carrozzina/comoda <input type="checkbox"/> si stava trasferendo dal letto alla sedia o viceversa <input type="checkbox"/> stava utilizzando la toilette <input type="checkbox"/> stava effettuando l'igiene personale <input type="checkbox"/> si stava vestendo o svestendo <input type="checkbox"/> stava raggiungendo un oggetto <input type="checkbox"/> stava raggiungendo il campanello di chiamata <input type="checkbox"/> stava dormendo e/o cambiando posizione a letto <input type="checkbox"/> aspetta in barella <input type="checkbox"/> non rilevabile <input type="checkbox"/> altro	
Note:		
Firma dell'infermiere _____		