



AOUSassari

Unità Operativa Clinica Medica  
Direttore \_\_\_\_\_

## Progetto Prevenzione e Gestione delle cadute in Ospedale

**SCHEMA DI SEGNALAZIONE DELLE CADUTE**

2° sezione a compilazione medica

Codice fiscale \_\_\_\_\_ SESSO F  M  N°. Cart. \_\_\_\_\_

Conseguenza caduta	<input type="checkbox"/> con danno	<input type="checkbox"/> senza danno
Sede del danno	Tipo danno	
Sede _____	<input type="checkbox"/> escoriazione <input type="checkbox"/> contusione <input type="checkbox"/> ematoma <input type="checkbox"/> ferita	<input type="checkbox"/> distorsione <input type="checkbox"/> trauma cranico <input type="checkbox"/> frattura femore <input type="checkbox"/> altre fratture: specificare
Accertamenti diagnostici richiesti	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> RX _____ <input type="checkbox"/> TAC _____ <input type="checkbox"/> Visita specialistica _____	
Trattamenti terapeutici effettuati a breve termine	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> sutura <input type="checkbox"/> steristrips <input type="checkbox"/> medicazione <input type="checkbox"/> altro	
Terapia farmacologica in atto	<input type="checkbox"/> sedativi del SNC <input type="checkbox"/> Diuretici <input type="checkbox"/> ipotensivanti <input type="checkbox"/> antiaritmici	<b>Il paziente assume più di 4 farmaci:</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Note _____		
_____		
_____		
Firma del medico _____		
<b>FOLLOW-UP</b>		
Necessità di follow-up dopo la caduta	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Esito accertamenti diagnostici (riportare esito referto)		
Firma del medico		