



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 \_\_\_\_\_

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Testimoni presenti alla caduta</b>  | <input type="checkbox"/> nessuno/ il pz era solo<br><input type="checkbox"/> altri pz<br><input type="checkbox"/> familiari<br><input type="checkbox"/> personale sanitario<br><input type="checkbox"/> altro  | <b>Il pz è in grado di fornire informazioni sulla dinamica della caduta?</b><br><input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO (ABITUALMENTE CONFUSO/DISORIENTATO)<br><input type="checkbox"/> NO (NON RICORDA) |
| <b>Precedenti cadute durante il ricovero</b>   | <input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> 2° caduta <input type="checkbox"/> 3° caduta <input type="checkbox"/> più di 3 cadute  |   |
| <b>Luogo della caduta</b>  | <input type="checkbox"/> stanza<br><input type="checkbox"/> servizi igienici<br><input type="checkbox"/> scale   | <input type="checkbox"/> corridoio<br><input type="checkbox"/> ambulatorio<br><input type="checkbox"/> spazi esterni<br><input type="checkbox"/> altro  |
| <b>Modalità della caduta</b>   | <input type="checkbox"/> caduto da posizione eretta<br><input type="checkbox"/> caduto da seduto: <input type="checkbox"/> comoda <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> sedia/poltrona<br><input type="checkbox"/> caduto dal letto: <input type="checkbox"/> con spondine <input type="checkbox"/> senza spondine<br><input type="checkbox"/> caduto dalla barella<br><input type="checkbox"/> altro   |   |
| <b>Meccanismo della caduta</b>   | <b>Dinamica dell'evento e/o attività che la persona stava svolgendo</b>  |   |
| <input type="checkbox"/> inciampato<br><input type="checkbox"/> scivolato<br><input type="checkbox"/> perdita di forza/cedimento<br><input type="checkbox"/> perdita di equilibrio<br><input type="checkbox"/> perdita di coscienza<br><input type="checkbox"/> capogiro/svenimento<br><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<br><input type="checkbox"/> scendeva dal letto<br><input type="checkbox"/> saliva sul letto<br><input type="checkbox"/> si stava alzando o sedendo sulla sedia/poltrona/carrozzina/comoda<br><input type="checkbox"/> si stava trasferendo dal letto alla sedia o viceversa<br><input type="checkbox"/> stava utilizzando la toilette<br><input type="checkbox"/> stava effettuando l'igiene personale<br><input type="checkbox"/> si stava vestendo o svestendo<br><input type="checkbox"/> stava raggiungendo un oggetto<br><input type="checkbox"/> stava raggiungendo il campanello di chiamata<br><input type="checkbox"/> stava dormendo e/o cambiando posizione a letto<br><input type="checkbox"/> aspetta in barella<br><input type="checkbox"/> non rilevabile<br><input type="checkbox"/> altro |   |
| <b>Note:</b>   |  |   |
| Firma dell'infermiere _____  |  |   |