



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	Il paziente assume più di 4 farmaci: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Note _____		

Firma del medico _____		
FOLLOW-UP		
Necessità di follow-up dopo la caduta	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Esito accertamenti diagnostici (riportare esito referto)		
Firma del medico		