**SCHEDA DI SEGNALAZIONE CADUTE (sez. A)**

**U.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod. fiscale pz\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SESSO F M N° ADT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Data evento “caduta” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ora\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Testimoni presenti alla caduta | * nessuno/il pz era solo * altri pz * familiari * personale sanitario * altro…………………... | Il paziente è in grado di fornire informazioni sulla dinamica della caduta?   * SI * NO (abitualmente confuso/disorientato) * NO (non ricorda) |
| Precedenti cadute durante il ricovero | nessuna 2°caduta 3° caduta più di 3 cadute | |
| Luogo della caduta | * stanza * servizi igienici * scale | * corridoio * ambulatorio * spazi esterni * altro………………………… |
| Modalità della caduta | * caduto da posizione eretta * caduto da seduto: wc/comoda carrozzina sedia/poltrona * caduto dal letto: con sponde senza sponde * caduto dalla barella * altro………………………………………………………… | |
| Meccanismo della caduta | Dinamica dell’evento e/o attività che la persona stava svolgendo | |
| * inciampato * scivolato * perdita di forza/cedimento * perdita di equilibrio * perdita di coscienza * vertigini * altro…………………………………. * non rilevabile | * camminava:  verso o dal bagno  in stanza  in corridoio * scendeva dal letto * saliva sul letto * si stava alzando o sedendo sulla sedia/poltrona carrozzina/comoda * si stava trasferendo dal letto alla sedia o viceversa * stava utilizzando la toilette * stava effettuando l’igiene personale * si stava vestendo o svestendo * stava raggiungendo un oggetto * stava raggiungendo il campanello di chiamata * stava dormendo e/o cambiando posizione a letto * aspettava in barella * non rilevabile * altro………………………………………………………………………… | |
| ALTRO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dell’infermiere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

**SCHEDA DI SEGNALAZIONE CADUTE (sez. B)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Conseguenza caduta** | | * **con danno** | | | * **senza danno** |
| **Sede del danno** | | **Tipo di danno** | | | |
| **Sedi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | * **escoriazione** * **contusione** * **ematoma** * **ferita** | | | | * **distorsione** * **trauma cranico** * **frattura femore** * **altre fratture: specificare** |
| **Accertamenti diagnostici richiesti** | | | * **nessuno** * **RX\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** * **TAC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** * **visita specialistica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** * **altro……………………………………….** | | |
| **Trattamenti terapeutici effettuati a breve termine** | | | * **nessuno** * **sutura** * **steri-strips** * **medicazione** * **altro……………………………………….** | | |
| **Terapia farmacologica in atto** | * **sedativi del SNC** * **diuretici** * **ipotensivi** * **antiaritmici** * **altro……………….** | | | | **Il paziente assume più di 4 farmaci**   * **SI** * **NO** |
| **ALTRO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | |
| **FOLLOW-UP** | | | | | |
| **Necessità di follow-up dopo la caduta** | | | | * **SI** * **NO** | |
| **Esito accertamenti diagnostici (riportare esito referto) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Trasferimento paziente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | |
| **Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del medico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | |

***Si chiede di inviare il modulo al seguente indirizzo mail:*** [*qualita.produzione@aousassari.it*](mailto:qualita.produzione@aousassari.it)