**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*