

Segnalazione cadute

Rev 0.0 2022

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: / / (età) Sesso: M F Data di ricovero: / /

Sezione a compilazione infermieristica Data dell'evento: / / Ora:

Chi era presente: <input type="checkbox"/> solo <input type="checkbox"/> altri pazienti <input type="checkbox"/> familiari <input type="checkbox"/> personale sanitario <input type="checkbox"/> Altro: _____	Modalità caduta: <input type="checkbox"/> caduto dalla posizione eretta <input type="checkbox"/> caduto da seduto <input type="checkbox"/> caduto dal letto <input type="checkbox"/> Altro: _____
Motivo: <input type="checkbox"/> perdita di forza <input type="checkbox"/> perdita di equilibrio <input type="checkbox"/> perdita di coscienza <input type="checkbox"/> inciampo <input type="checkbox"/> scivolato con pavimento asciutto <input type="checkbox"/> scivolato con pavimento bagnato <input type="checkbox"/> ignoto <input type="checkbox"/> Altro: _____	Luogo: <input type="checkbox"/> stanza <input type="checkbox"/> corridoio <input type="checkbox"/> bagno <input type="checkbox"/> scale <input type="checkbox"/> Altro: _____
Il paziente era valutato a rischio di cadere? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
Il paziente era stato informato/formato sulla prevenzione del rischio caduta? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tipo calzatura: <input type="checkbox"/> aperta <input type="checkbox"/> chiusa
Che cosa stava facendo il paziente quando è caduto? _____ _____	
Farmaci assunti dal paziente: <input type="checkbox"/> ANALGESICI <input type="checkbox"/> ANTIPSICOTICI <input type="checkbox"/> ANTICONVULSANTI <input type="checkbox"/> BENZODIAZEPINE <input type="checkbox"/> SEDATIVI-IPNOTICI NON BENZODIAZEPINE	<input type="checkbox"/> ANTIIPERTENSIVI <input type="checkbox"/> FARMACI CARDIACI <input type="checkbox"/> ANTIARITMICI, <input type="checkbox"/> ANTIDEPRESSIVI <input type="checkbox"/> DIURETICI <input type="checkbox"/> Altro: _____

L'infermiere Cognome e Nome _____ Firma _____

Sezione a compilazione medica Lesione: ☐ NO ☐ SI

Tipo lesione
Sede lesione
Accertamenti diagnostici eventuali
Osservazioni.

Il medico Cognome e Nome, timbro _____ Firma _____