

Rev 0.0 2022

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

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

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

<b>Chi era presente:</b> <input type="checkbox"/> solo <input type="checkbox"/> altri pazienti <input type="checkbox"/> familiari <input type="checkbox"/> personale sanitario <input type="checkbox"/> Altro: _____	<b>Modalità caduta:</b> <input type="checkbox"/> caduto dalla posizione eretta <input type="checkbox"/> caduto da seduto <input type="checkbox"/> caduto dal letto <input type="checkbox"/> Altro: _____ _____
<b>Motivo:</b> <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: _____	<b>Luogo:</b> <input type="checkbox"/> stanza <input type="checkbox"/> corridoio <input type="checkbox"/> bagno <input type="checkbox"/> scale <input type="checkbox"/> Altro: _____ _____
<b>Il paziente era valutato a rischio di cadere?</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
<b>Il paziente era stato informato/formato sulla prevenzione del rischio caduta?</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<b>Tipo calzatura:</b> <input type="checkbox"/> aperta <input type="checkbox"/> chiusa
<b>Che cosa stava facendo il paziente quando è caduto?</b> _____ _____	
<b>Farmaci assunti dal paziente:</b> <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 \_\_\_\_\_