

ALLEGATO SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTE AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI TRAPANI	 ASP TRAPANI AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE Via Mazzini 1, 91100 Trapani	Codice del documento: ALL.02. PRG.051. DrQr Data di emissione : 27.11.2011 N° di revisione: 2 Data di revisione: 04.03.2022 Pagina 1 di 3
--	---	--

SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTE

**AL DIRETTORE SANITARIO DI PRESIDIO/ DISTRETTO/DIRETTORE DIPARTIMENTO
ALL'UOS QUALITÀ AZIENDALE E RISCHIO CLINICO**

Sezione a cura dell'infermiere

Presidio Ospedaliero _____	Unità Operativa _____
Cognome _____	Nome _____
Data di nascita _____	
Data del ricovero _____	Data evento caduta _____
Ora caduta _____	
Giorno della caduta: <input type="checkbox"/> lunedì <input type="checkbox"/> martedì <input type="checkbox"/> mercoledì <input type="checkbox"/> giovedì <input type="checkbox"/> venerdì <input type="checkbox"/> sabato <input type="checkbox"/> domenica	

Rilevazione del rischio: presente <input type="checkbox"/> assente <input type="checkbox"/>
Scala di Conley: presente <input type="checkbox"/> assente <input type="checkbox"/>
Adozione accorgimenti per prevenire le cadute NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Quali? _____

Eventuali testimoni della caduta	<input type="checkbox"/> Nessuno/il paziente era solo <input type="checkbox"/> Altri pazienti <input type="checkbox"/> Familiari <input type="checkbox"/> Personale sanitario <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____	Il paziente è in grado di fornire informazioni sulla dinamica della caduta? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Non ricorda
Luogo in cui è avvenuta la caduta	<input type="checkbox"/> stanza degenza <input type="checkbox"/> stanza attività diagnostica <input type="checkbox"/> stanza attività ambulatoriale <input type="checkbox"/> sala operatoria <input type="checkbox"/> servizi igienici <input type="checkbox"/> scale	<input type="checkbox"/> corridoio interno UO <input type="checkbox"/> corridoio esterno UO <input type="checkbox"/> sala d'attesa <input type="checkbox"/> spazi esterni <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____
Pavimento bagnato	Illuminazione locale degenza:	
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> non ricorda	<input type="checkbox"/> buona illuminazione notturna <input type="checkbox"/> scarsa <input type="checkbox"/> assente	
Modalità di caduta	<input type="checkbox"/> dalla posizione eretta <input type="checkbox"/> da seduto <input type="checkbox"/> dal letto: <input type="checkbox"/> con spondine <input type="checkbox"/> senza spondine <input type="checkbox"/> dalla barella <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____	

ALLEGATO SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTE AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI TRAPANI	 Via Mazzini 1, 91100 Trapani	Codice del documento: ALL.02. PRG.051. DrQr Data di emissione : 27.11.2011 N° di revisione: 2 Data di revisione: 04.03.2022 Pagina 2 di 3
---	---	---

Tipo di calzatura: aperta chiusa

Meccanismo della caduta <input type="checkbox"/> inciampato <input type="checkbox"/> scivolato <input type="checkbox"/> perdita di forza/cedimento <input type="checkbox"/> perdita di equilibrio <input type="checkbox"/> perdita di coscienza <input type="checkbox"/> capogiro/svenimento <input type="checkbox"/> non rilevabile	Dinamica dell'evento e/o attività che la persona stava svolgendo <input type="checkbox"/> camminava: <input type="checkbox"/> verso il bagno <input type="checkbox"/> in stanza <input type="checkbox"/> in corridoio <input type="checkbox"/> scendeva/saliva sul letto, sedia, carrozzina, comoda, barella <input type="checkbox"/> stava utilizzando la toilette <input type="checkbox"/> stava effettuando l'igiene personale/vestizione <input type="checkbox"/> stava raggiungendo un oggetto <input type="checkbox"/> stava raggiungendo il campanello di chiamata <input type="checkbox"/> stava dormendo e/o cambiando posizione a letto <input type="checkbox"/> aspettava in barella <input type="checkbox"/> non rilevabile <input type="checkbox"/> altro _____
Data	Firma infermiere

Sezione a cura del medico

Conseguenze caduta	<input type="checkbox"/> con danno <input type="checkbox"/> senza danno
Sede del danno(specificare): _____	Tipo di danno (specificare) : _____
Accertamenti diagnostici richiesti	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> TAC <input type="checkbox"/> consulenza specialistica _____ <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____