



**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE**

**UNITA' GESTIONE RISCHIO CLINICO**

*Resp. Dott.ssa Manuela Serva*

Tel. 0746 279616 – FAX 0746 279631 email: [m.serva@asl.rieti.it](mailto:m.serva@asl.rieti.it)

***Scheda di descrizione della caduta del paziente***

Cognome:..... Nome: .....  
Data di nascita: ...../...../..... (età..... ) Sesso: M F  
Data di ricovero: ...../...../..... Reparto:.....

**Sezione a compilazione infermieristica**

Data dell'evento: ...../...../..... Ora: .....

Chi era presente: •  solo •  altri pazienti •  familiari •  personale sanitario

Altro.....

**MODALITA' DI CADUTA:**

caduto dalla posizione eretta  caduto da seduto  caduto dal letto  durante la movimentazione del paziente

Altro.....

**MOTIVO:**

perdita di forza •  perdita di equilibrio •  perdita di coscienza •  inciampato

scivolato con pavimento asciutto •  scivolato con pavimento bagnato •  ignoto

presa difficoltosa  manovra non coordinata con il collega  inadeguatezza degli ausili

Altro.....

**LUOGO:**

stanza •  corridoio •  bagno •  scale  Altro.....

Che cosa stava facendo il paziente quando è caduto? .....

.....

Tipo calzatura:  aperta  chiusa

L'infermiere.....

**Sezione a compilazione medica**

**LESIONE:**

tipo.....

sede.....

P.A in clinostatismo..... e ortostatismo..... (se possibile)

Accert.diagn. richiesti: • TAC.... • RX.....  Altro.....

**TERAPIA IN ATTO:**

•  sedativi del SNC •  lassativi •  diuretici •  ipotensivanti

Il medico.....

**Il presente modulo deve essere inviato al risk manager**