

UOC RISK MANAGEMENT, QUALITÀ E AUDIT CLINICO

ALLEGATO 5

SCHEDA di SEGNALAZIONE 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:

Soggetto classificato a rischio caduta: si no

MODALITA' DI CADUTA:

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

CONTESTO:

inciampato stava dormendo cambiando posizione scivolato con pavimento asciutto
 scivolato con pavimento bagnato scivolato da letto/carrozzina/sedia scavalco spondine
 ignoto altro

FATTORI CONCAUSALI:

(è possibile indicare più di un fattore)

deficit neuro-cognitivi deficit visivi deficit dell'equilibrio andatura incerta
 alterazione del tono muscolare paura di cadere incontinenza urinaria
 instabilità emodinamica e cardiovascolare inadeguatezza ausili

Tipo di calzatura: aperta chiusa

LUOGO:

stanza corridoio bagno scale ambulatorio
 altro

L'Infermiere

(Timbro e Firma)

Sezione a compilazione medica

ESITI DELL'EVENTO

Tipo:

Sede:

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

GRAVITA' DELL'EVENTO:

International Classification for Patient Safety (2009) dell'OMS

Nessuno:

il paziente è asintomatico; oppure non sono stati rilevati sintomi e non si è reso necessario alcun trattamento.

Lieve:

il paziente presenta sintomi lievi, la perdita di funzione o il danno è minimo, oppure medio ma di breve durata, e non è necessario alcun intervento oppure un intervento minimo (ad es. osservazione extra, esami o trattamenti minori, rivalutazione).

Moderato:

il paziente presenta sintomi che richiedono un intervento (ad es. reintervento chirurgico; trattamento terapeutico aggiuntivo); si ha un prolungamento della degenza; si è verificato un danno o una perdita di funzione permanente a di lunga durata.

Severo:

il paziente presenta sintomi che richiedono interventi salvavita o un intervento chirurgico/medico maggiore; si ha una diminuzione dell'aspettativa di vita, oppure si è verificato un danno maggiore o una perdita permanente di una funzione importante.

Morte:

su base probabilistica, la morte è stata provocata o anticipata dall'evento.

IL PAZIENTE RICORDA L'ACCADUTO*: si no

(*campo obbligatorio)

INDAGINI O PRESTAZIONI EFFETTUATE A SEGUITO DELL'EVENTO:

consulenza specialistica

indagini di laboratorio

Indagini strumentali: TAC RX altro:

medicazione/sutura

trasferimento altra U.O./ P.O.

intervento/reintervento chirurgico

manovre rianimatorie

ricovero in terapia intensiva

altro:

TERAPIA

Assunzione di farmaci correlabili alla caduta: no si

Se si, sedativi del SNC lassativi diuretici ipotensivanti

Concomitante terapia con anticoagulanti/antiaggreganti: no si

Se si, quali.....

PROGNOSI*: n. giorni: s.c.

(*campo obbligatorio)

(Il campo riferito alla prognosi è obbligatorio e deve essere comunicato entro le 24 ore)

Il Medico

(Timbro e Firma)