

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)