SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA

azienda sanitaria locale matera

Azienda Sanitaria Locale di Matera

SCHEDA: segnalazione ed analisi caduta

Segnalatore Professione

[ ] Medico [ ] Medico in formazione [ ] Medico consulente [ ] Tecnico
[ ] Infermiere [ ] Infermiere in formazione [ ] OTA/OSS [ ] Altro

Data segnalazione _____ Reparto _____ Servizio _____

Paziente _____ Anno di nascita _____ Sesso [ ] M [ ] F

N.° nos. [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Selezionato a rischio con la scala di valutazione [ ] SI [ ] NO

Tipo di caduta:	[ ] con danno	[ ] senza danno	
Tipo di danno	[ ] Trauma cranico	[ ] Fratture	[ ] Distorsione
	[ ] Contusioni	[ ] Ferite	[ ] Altro _____
	[ ] Escoriazioni	[ ] Ematomi	[ ] Non rilevato

Data caduta _____ **Ora caduta** _____ **N° Giornate di degenza** _____

Luogo evento	[ ] Camera	[ ] Bagno	[ ] Altro _____
	[ ] Sala d'attesa	[ ] Ambulatorio	_____
	[ ] Corridoio	[ ] Guardiola	_____
Modalità caduta	[ ] Dal letto	[ ] Dalla sedia	[ ] Dalla posizione eretta
	[ ] Dalla barella	[ ] Dalla sedia a rotelle	[ ] Altro
	[ ] Dal letto con spondine	[ ] Dalla barella con spondine	[ ] Non rilevato

Dinamica evento

[ ] non rilevato
[ ] aspettava in barella
[ ] effettuava l'igiene personale
[ ] camminava in corridoio
[ ] trasferimento letto/barella/carrozzina/sedia
[ ] altro _____
[ ] camminava per andare in bagno
[ ] durante movimentazione assi assistita
[ ] aspettava in sedia a rotelle
[ ] scendeva dal letto
[ ] saliva sul letto

Fattori che possono aver contribuito all'evento

CONDIZIONI PAZIENTE	PRESIDI/AMBIENTI
[ ] condizioni cliniche	[ ] mezzi di contenzione
[ ] cadute pregresse	[ ] pavimento
[ ] alterazione dei sensi	[ ] letto
[ ] problemi di eliminazione	[ ] deambulatore
[ ] mobilità	[ ] sedia a rotelle
[ ] terapie farmacologiche	[ ] barella
[ ] andatura e attività quotidiane	[ ] ausili movimentazione
[ ] stato mentale	[ ] asta per flebo
[ ] abbigliamento calzature	[ ] comodino
[ ] altro:	[ ] camera
	[ ] corridoio
	[ ] bagno
	[ ] altro _____

ORGANIZZAZIONE

[ ] carico assistenziale	[ ] Turni di lavoro
[ ] comunicazione	[ ] Protocolli/Procedure
[ ] altro _____	

Firma del Segnalatore: _____