

Struttura: SOC Ospedale Unico Plurisede	Tipo di documento: MODULO	Codice: MOD 05 di PO 27-OUP 06	
Redatta da: GAD Cadute	Approvata da: Presidente UGRC	Revisione: 01	Data: 21/11/2019
Titolo documento: Scheda di segnalazione caduta	Emesso il: 22/11/2013	Pagina 1 di 4	

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE

P.O. _____ U.O. _____

DATI RELATIVI AL PAZIENTE

Cognome e Nome _____

Data di nascita: _____ Sesso M F

Data di ricovero _____

Punteggio Scala Mosaico _____ Punteggio Scala di Hendrich II _____ Rischio non valutato

Pianificazione Standard Pianificazione Aggiuntiva Rivalutazione SI NO

Motivo rivalutazione _____

SEZIONE A COMPILAZIONE INFERMIERISTICA

Data dell'evento _____ ora _____
giorno festivo <input type="checkbox"/> giorno feriale <input type="checkbox"/>
Chi era presente: Solo <input type="checkbox"/>
Altri Pazienti <input type="checkbox"/>
Familiari <input type="checkbox"/>
Personale Asl <input type="checkbox"/>
Altro <input type="checkbox"/>
altro specificare: _____

Prima della caduta, il paziente era:
Comunicativo e Collaborante <input type="checkbox"/>
Confuso <input type="checkbox"/>
Agitato <input type="checkbox"/>
Sedato <input type="checkbox"/>

Mobilizzazione del paziente prima della caduta:
A letto (scarsa capacità di movimento) <input type="checkbox"/>
A letto (elevata capacità di movimento) <input type="checkbox"/>
Deambulava con aiuto <input type="checkbox"/>
Deambulava con ausili <input type="checkbox"/>
Deambulava con aiuto e ausili <input type="checkbox"/>
Instabile nella deambulazione <input type="checkbox"/>
Non problemi di deambulazione <input type="checkbox"/>
Tipologia dell'ausilio eventualmente utilizzato: _____
Provenienza dell'ausilio: Casa <input type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/>
Integrità dell'ausilio SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Struttura: SOC Ospedale Unico Plurisede	Tipo di documento: MODULO	Codice: MOD 05 di PO 27-OUP 06	
Redatta da: GAD Cadute	Approvata da: Presidente UGRC	Revisione: 01	Data: 21/11/2019
Titolo documento: Scheda di segnalazione caduta	Emesso il: 22/11/2013	Pagina 2 di 4	

Patologie che possono essere concausa di caduta:

Nessuna

Deficit della vista

Disturbi dell'equilibrio

Epilessia

Alcolismo

Tossicodipendenza

Malattie neurologiche

Decadimento organico

Malattie cardiache

Stati dementigeni

Malattia psichiatrica

Al momento della caduta, il paziente era:

In piedi

Seduto sulla carrozzina

Seduto su sedia o poltrona

Nel letto

Sul lettino da visita

In barella

Seduto sulla comoda

Seduto in bagno

Al momento della caduta, il paziente era:

Nella camera di degenza

In corridoio

In bagno

Sulle scale

Altro

altro specificare:

Qual è il motivo della caduta?

Malore non precisato

Perdita di equilibrio

Svenimento

Durante igiene personale

Utilizzando la toilette

Tentativo di alzarsi

Tentativo di afferrare oggetti

Inciampo

Tentativo di scavalcare le spondine

Scivolamento-pavimento asciutto

Scivolamento-pavimento bagnato

Calzature inadeguate

Abbigliamento inadeguato

Carrozzina o letto non frenati

Ignoto

Altro

altro specificare:

Misure di prevenzione adottate prima della caduta:

Dispositivo di chiamata

Assistenza continua

Regolazione altezza letto

Sorveglianza

Utilizzo mezzi di contenzione prima dell'evento:
SI NO

Tipologia dei mezzi di contenzione:

Medico avvisato:

data _____ ora _____

Nome del medico _____

Struttura: SOC Ospedale Unico Plurisede	Tipo di documento: MODULO	Codice: MOD 05 di PO 27-OUP 06	
Redatta da: GAD Cadute	Approvata da: Presidente UGRC	Revisione: 01	Data: 21/11/2019
Titolo documento: Scheda di segnalazione caduta	Emesso il: 22/11/2013	Pagina 4 di 4	

SEZIONE A COMPILAZIONE MEDICA

Cognome e Nome del paziente

Reparto / Servizio

Diagnosi di ingresso

Data dell'evento

Data e ora dell'intervento del medico

Lesioni rilevate

Accertamenti diagnostici richiesti:

Nessuno

Rx

TAC

Esami Ematochimici

Altre Consulenze

altro specificare:

Si è reso necessario un trattamento?

SI NO

Se SI, quale?

Note eventuali

Terapia farmacologia in atto:

Sedativi del SNC

Diuretici

Ipotensivi

Antiarritmici

Altro

altro specificare:

Il paziente assume più di 4 farmaci?

SI NO

Esito accertamenti diagnostici:
(riportare esito referto)

Data della compilazione _____

Nome e firma del Medico
