

Struttura: SOC Ospedale Unico Plurisede	Tipo di documento: MODULO	Codice: MOD 05 di PO 27-OUP 06	
Redatta da: Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico Qualità Ricerca Accreditamento DiPSa	Approvata da: Presidente UGRC	Revisione: 01	30/07/2021
Titolo documento: <b>Scheda di segnalazione caduta</b>	Emesso il: 22/11/2013	Pagina 1 di 4	

## SCHEDA DI SEGNALAZIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE

descrizione sintetica dell'evento in cartella clinica elettronica

P.O. \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_

### Dati Paziente

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso M  F  Data di ricovero \_\_\_\_\_

**Paziente a rischio** SI  NO

**Rivalutazione del rischio** SI  NO

**Motivo rivalutazione:**

- cambiamento delle condizioni del paziente
- variazione di terapia comprendente farmaci che possono porre il paziente a maggiore rischio di caduta dopo una caduta
- trasferimento di reparto

### SEZIONE A COMPILAZIONE INFERMIERISTICA

Data dell'evento _____ ora _____	
giorno festivo <input type="checkbox"/>	giorno feriale <input type="checkbox"/>
giorni di degenza _____	
<b>Paziente:</b>	
comunicativo e collaborante	<input type="checkbox"/>
confuso	<input type="checkbox"/>
agitato	<input type="checkbox"/>
sedato	<input type="checkbox"/>

<b>Luogo della caduta:</b>	
camera di degenza	<input type="checkbox"/>
corridoio	<input type="checkbox"/>
bagno	<input type="checkbox"/>
scale	<input type="checkbox"/>
altro	<input type="checkbox"/>
altro specificare: _____	

<b>Chi era presente:</b>	
Solo	<input type="checkbox"/>
Altri Pazienti	<input type="checkbox"/>
Familiari	<input type="checkbox"/>
Personale Asl	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>
altro specificare: _____	
<b>Modalità della caduta:</b>	
dal letto	<input type="checkbox"/>
dalla barella	<input type="checkbox"/>
dalla carrozzina	<input type="checkbox"/>
carrozzina non frenata	<input type="checkbox"/>
dalla sedia/poltrona	<input type="checkbox"/>
in deambulazione	<input type="checkbox"/>
durante minzione/evacuazione	<input type="checkbox"/>
durante igiene personale	<input type="checkbox"/>
altro	<input type="checkbox"/>
altro specificare: _____	

Struttura: SOC Ospedale Unico Plurisede	Tipo di documento: MODULO	Codice: MOD 05 di PO 27-OUP 06	
Redatta da: Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico Qualità Ricerca Accreditamento DiPSa	Approvata da: Presidente UGRC	Revisione: 01	30/07/2021
Titolo documento: <b>Scheda di segnalazione caduta</b>	Emesso il: 22/11/2013	Pagina 2 di 4	

**Dinamica della caduta:**

camminava:  
da/verso il bagno   
in stanza   
in corridoio

si stava alzando/sedendo da:  
sedia/poltrona   
carrozzina   
comoda   
letto

si stava trasferendo:  
dal letto alla sedia/carrozzina/comoda   
dalla sedia/carrozzina/comoda al letto

scivolava da:  
sedia/poltrona   
carrozzina   
comoda   
letto

durante igiene personale

stava utilizzando la toilette

si stava vestendo/svestendo

scivolava sul pavimento:  
asciutto   
bagnato

tentava di afferrare oggetti/  
campanello di chiamata

stava dormendo e/o cambiando posizione

aspettava in barella

caduto durante movimentazione assistita

trovato sul pavimento

**Cause individuali intrinseche:**

scarsa capacità di movimento a letto   
elevata capacità di movimento a letto   
riduzione del visus   
disturbi dell'equilibrio   
incontinenza   
politerapia (più di quattro farmaci)   
deterioramento cognitivo   
pregressa caduta recente (ultimi tre mesi)   
decadimento organico   
malattie cardiache   
malattia psichiatrica   
malattia da coronavirus (COVID-19)   
altro   
altro specificare: \_\_\_\_\_

**Cause individuali estrinseche:**

calzature inadeguate   
scalzo   
inciampo   
protesi/ausili utilizzati dal paziente   
provenienza dell'ausilio:  
casa   
ospedale   
integrità dell'ausilio:  
SI   
NO   
presenza di drenaggi, sonde, cateteri  
o altri dispositivi che hanno intralciato la  
deambulazione   
contenzione farmacologica   
contenzione meccanica   
contenzione fisica

**Cause estrinseche ambientali:**

pavimento bagnato   
pavimento sconnesso   
spazio limitato   
luce scarsa   
letto non regolabile/non regolato in altezza   
sponda abbassate   
sponde alzate   
tentativo di scavalcare le spondine   
mancanza corrimano o maniglioni nei bagni   
altro   
altro specificare: \_\_\_\_\_

Struttura: SOC Ospedale Unico Plurisede	Tipo di documento: MODULO	Codice: MOD 05 di PO 27-OUP 06	
Redatta da: Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico Qualità Ricerca Accreditamento DiPSa	Approvata da: Presidente UGRC	Revisione: 01	30/07/2021
Titolo documento: <b>Scheda di segnalazione caduta</b>	Emesso il: 22/11/2013	Pagina 3 di 4	

**Misure di prevenzione adottate prima della caduta:**

- dispositivo di chiamata
- assistenza continua
- regolazione altezza letto
- sorveglianza
- calzature /vestiario
- ausili/protesi
- mobilizzazione
- monitoraggio andatura/equilibrio
- verifica bisogni fisiologici
- monitoraggio agitazione

**Medico avisato:**

data \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

Nome del medico \_\_\_\_\_

**La presente scheda è stata compilata da:**

Nome \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

Data e ora \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Struttura: SOC Ospedale Unico Plurisede	Tipo di documento: MODULO	Codice: MOD 05 di PO 27-OUP 06	
Redatta da: Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico Qualità Ricerca Accreditamento DiPSa	Approvata da: Presidente UGRC	Revisione: 01	30/07/2021
Titolo documento: <b>Scheda di segnalazione caduta</b>	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 evidenti:

nessuna

contusione/escoriazione

ferita/taglio

distorsione

frattura

trauma cranico

altro

altro specificare: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Conseguenze della caduta:

nessuna

trauma minore

trauma maggiore

coma

morte del paziente

#### Accertamenti diagnostici richiesti:

nessuno

Rx

TAC (previo consenso informato)

esami ematochimici

altre consulenze

altro specificare: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Si è reso necessario un trattamento?

SI  NO

Se sì, quale?

terapia antidolorifica

terapia sedativa

terapia idratante

medicazione ferita

bendaggio/doccia gessata

sutura

intervento chirurgico a seguito della caduta

trattamento ortopedico

trasferimento in unità di terapia intensiva

altro specificare: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Terapia farmacologia in atto:

sedativi del SNC

diuretici

ipotensivi

antiaritmici

altro

altro specificare: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Il paziente assume più di 4 farmaci?

SI  NO

#### Ricognizione/Riconciliazione farmacologica prima della caduta

SI  NO

#### Ricognizione/Riconciliazione farmacologica dopo la caduta

SI  NO

Data della compilazione \_\_\_\_\_

Nome e firma del Medico

\_\_\_\_\_