SISTEMA SANITARIO REGIONALE
AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI

REGIONE LAZIO

DIREZIONE SANITARIA

Tel.: 06 58702510/2668 e-mail cadutepazienti@scamilloforlanini.rm.it

NOTIFICA OBBLIGATORIA DI CADUTA PAZIENTE

Data di compilazione: _____

DIPARTIMENTO	**UNITA' OPERATIVA**
Tel.	**FAX**

N. INFERMIERI IN SERVIZIO: DI CUI IN DOPPIO TURNO:

N. TECNICI IN SERVIZIO: DI CUI IN DOPPIO TURNO:

N. OPERATORI DI SUPPORTO: DI CUI IN DOPPIO TURNO:

NUMERO DI PAZIENTI PRESENTI AL MOMENTO DELLA CADUTA:

Data e ora della caduta:

gg. mm. aaaa hh mm

Dati relativi alla persona: ☐ PAZIENTE

Cognome: Nome: RAD:

Nato/a il: Età: Sesso: ☐ M ☐ F

Paziente deambulante: ☐ SI ☐ NO Data di ricovero:

PROVENIENZA:

☐ P.S. ☐ Altra UO aziendale ☐ Altra Azienda ☐ Proprio domicilio

REGIME DI EROGAZIONE: ☐ Degenza ordinaria ☐ P.S. ☐ Ambulatorio ☐ DH/DS

☐ Altro (specificare) _____

Luogo in cui si è verificata la caduta:

☐ REPARTO *(CAMERA)* ☐ PRONTO SOCCORSO ☐ AMBULATORIO ☐ SPAZI COMUNI

☐ REPARTO *(BAGNO)* ☐ SALA OPERATORIA ☐ SPAZI APERTI ☐ SALA PARTO

☐ REPARTO *(CORRIDOIO)* ☐ SCALE ☐ ALTRO (specificare) _____

Gravità della caduta

☐ NESSUNO ☐ LIEVE ☐ MODERATO ☐ SEVERO

☐ *MORTE*

DESCRIZIONE DELL'EVENTO (compilata il più dettagliatamente possibile dal primo soccorritore)

Cognome,nome,qualifica primo soccorritore:

DINAMICA DELLA CADUTA

ERANO IN USO SPONDINE LATERALI ☐ SI ☐ NO

☐ cadeva dal letto	☐ cadeva dalla sedia	☐ cadeva dalla carrozzina
☐ scavalca le sbarre	☐ scivolava	☐ inciampava
☐ urtava	☐ altro:	

MOTIVO DELLA CADUTA

☐ perdita di forza	☐ inciampo	☐ scivolato con pavimento bagnato
☐ perdita di equilibrio	☐ scivolato con pavimento asciutto	
☐ perdita di coscienza	☐ altro:	

☐ **PROGNOSI gg:**

Compilazione della scheda di valutazione rischio cadute ☐ NO ☐ SI *(inviare allegato)*

INDAGINI E PRESTAZIONI EFFETTUATE A SEGUITO DELLA CADUTA

☐ NESSUNA	☐ CONSULENZA SPECIALISTICA
☐ ECG	☐ INDAGINI DI LABORATORIO
☐ INDAGINI RADIOLOGICHE	☐ INTERVENTO CHIRURGICO
☐ APPLICAZIONE TUTORE/APPARECCHIO GESSATO	☐ PUNTI DI SUTURA
☐ MEDICAZIONI	☐ RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA
☐ RICOVERO ORDINARIO	☐ TRASFERIMENTO
☐ VISITA MEDICA	☐ ALTRO:

FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUITO ALLA CADUTA

1) Fattori contribuenti legati al PAZIENTE:

- ☐ CADUTE PREGRESSE
- ☐ DEFICIT NEUROCOGNITIVI
- ☐ DEFICIT VISIVI
- ☐ PROBLEMI EQUILIBRIO/MOBILITA'/TONO MUSCOLARE
- ☐ PROFILO EMODINAMICO E/O CARDIOVASCOLARE
- ☐ ASSUNZIONE DI FARMACI AD ALTO RISCHIO
- ☐ RECENTE VARIAZIONE DI TERAPIA
- ☐ INCONTINENZA
- ☐ CALZATURE INADEGUATE

2) Fattori contribuenti legati al PERSONALE:

- ☐ DIFFICOLTA' AD ESEGUIRE ISTRUZIONI/PROCEDURE
- ☐ FATICA/STRESS
- ☐ INADEGUATE CONOSCENZE/INESPERIENZA
- ☐ MANCATA SUPERVISIONE
- ☐ MANCATA VERIFICA PREVENTIVA APPARECCHIATURA
- ☐ PRESA SCORCIATOIA/REGOLA NON ESEGUITA
- ☐ MANCATA/ERRATA LETTURA DOCUMENTAZIONE/ETICHETTA
- ☐ SCARSO LAVORO DI GRUPPO

3) Fattori contribuenti legati al SISTEMA:

- ☐ AMBIENTE INADEGUATO
- ☐ MANCATA/INADEGUATA COMUNICAZIONE
- ☐ GRUPPO NUOVO/INESPERTO
- ☐ MANCATO COORDINAMENTO
- ☐ INSUFFICIENTE ADDESTRAMENTO/INSERIMENTO
- ☐ MANCANZA/INADEGUATEZZA ATTREZZATURE
- ☐ MANCANZA/INADEGUATEZZA MATERIALE DI CONSUMO
- ☐ SCARSA CONTINUITA' ASSISTENZIALE
- ☐ MANCATA/INADEGUATA MANUTENZIONE ATTREZZATURE
- ☐ ELEVATO TURNOVER
- ☐ INSUCCESSO NEL FARE RISPETTARE PROTOCOLLI/PROCEDURE
- ☐ STAFF INADEGUATO/INSUFFICIENTE
- ☐ PROTOCOLLO/PROCEDURA INESISTENTE/AMBIGUA

AZIONI SUGGERITE

Come potrebbere essere ridotta per il futuro la possibilità che la caduta si ripeta?

☐ Maggiore standardizzazione dei processi

☐ Formazione più adeguata

☐ Cambiamenti nelle attuali procedure organizzative e/o assistenziali

☐ Aggiornamento tecnologico

☐ Migliore documentazione scritta sulle condizioni del paziente

LA CADUTA E' DOCUMENTATA IN CARTELLA CLINICA?

☐ SI ☐ NO

I PARENTI SONO STATI INFORMATI?

☐ SI ☐ NO

TESTIMONI

☐ NO ☐ SI nome, cognome qualifica/ruolo)

(Personale sanitario, Familiare)

IL PAZIENTE ERA AFFIDATO A QUALCUNO AL MOMENTO DELL'ACCADUTO?

☐ SI ☐ NO (nome, cognome qualifica/ruolo)

(Personale sanitario, Familiare)

SEGNALAZIONE COMPILATA DA:

COGNOME: _____ *NOME:* _____ *MATRICOLA:* _____

Timbro e firma del medico