

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 DELL'INFORTUNIO:			

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 CADUTAERANO IN USO SPONDINE LATERALI ☐ SI NO ☐

- ☐
- cadeva dal letto
-
- ☐
- scavalca le sbarre
-
- ☐
- urtava

- ☐
- cadeva dalla sedia
-
- ☐
- scivolava
-
- ☐
- altro: _____

- ☐
- cadeva dalla carrozzina
-
- ☐
- inciampava

MOTIVO DELLA CADUTA

- ☐
- perdita di forza
-
- ☐
- perdita di equilibrio
-
- ☐
- perdita di coscienza

- ☐
- inciampo
-
- ☐
- scivolato con pavimento asciutto
-
- ☐
- altro: _____

- ☐
- scivolato con pavimento bagnato

☐ **PROGNOSI gg:**

--

Compilazione della scheda di valutazione rischio cadute

☐ NO☐ SI (inviare allegato)**INDAGINI E PRESTAZIONI EFFETTUATE A SEGUITO DELLA CADUTA**☐ NESSUNA☐ ECG☐ INDAGINI RADIOLOGICHE☐ APPLICAZIONE TUTORE/APPARECCHIO GESSATO☐ MEDICAZIONI☐ RICOVERO ORDINARIO☐ VISITA MEDICA☐ CONSULENZA SPECIALISTICA☐ INDAGINI DI LABORATORIO☐ INTERVENTO CHIRURGICO☐ PUNTI DI SUTURA☐ RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA☐ TRASFERIMENTO _____☐ 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 potrebbe 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' DOCUMENTATO 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