

	Direzione Sanitaria SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTE 1° sezione a compilazione infermieristica	Mod. 0078	Pag. 1 di 2
		Parola chiave: VRQ MQ	
		Rev. 00	del 14/10/2024

Reparto _____ U.F. _____

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

N. cartella clinica _____ Data del ricovero _____ Data evento "caduta" _____

Ora caduta _____

Giorno della settimana: _____ Turno: ☐ Mattino ☐ Pomeriggio ☐ Notte

Testimoni presenti alla caduta	☐ nessuno / il paziente era solo ☐ altri pazienti ☐ familiari ☐ personale sanitario ☐ altro _____		Il paziente è in grado di fornire informazioni sulla dinamica della caduta? ☐ SI ☐ NO (abituamente confuso / disorientato) ☐ NO (non ricorda)
Precedenti cadute durante l'attuale ricovero	☐ nessuna ☐ 2° caduta ☐ 3° caduta ☐ più di 3 cadute		
Luogo della caduta	☐ stanza ☐ servizi igienici ☐ scale	☐ corridoio ☐ ambulatorio ☐ spazi esterni ☐ altro _____	
Modalità della caduta	☐ caduto da posizione eretta ☐ caduto da seduto: ☐ comoda ☐ carrozzina ☐ sedia / poltrona ☐ caduto dal letto: ☐ con spondine ☐ senza spondine ☐ caduto dalla barella ☐ altro _____		
Meccanismo della caduta	Dinamica dell'evento e/o attività che la persona stava svolgendo		
☐ inciampato ☐ scivolato ☐ perdita di forza/cedimento ☐ perdita di equilibrio ☐ perdita di coscienza ☐ capogiro / svenimento ☐ non rilevabile	☐ camminava: ☐ verso o dal bagno ☐ in stanza ☐ in corridoio ☐ scendeva dal letto ☐ saliva sul letto ☐ si stava alzando o sedendo dalla sedia / poltrona / carrozzina / comoda ☐ si stava trasferendo dal letto alla sedia o viceversa ☐ stava utilizzando la toilette ☐ stava effettuando l'igiene personale ☐ si stava vestendo o svestendo ☐ stava raggiungendo un oggetto ☐ stava raggiungendo il campanello di chiamata ☐ stava dormendo e/o cambiando posizione a letto ☐ aspettava in barella ☐ non rilevabile ☐ altro _____		
Firma infermiere _____			

	Direzione Sanitaria		Mod. 0078	Pag. 2 di 2
	SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTE 2° sezione a compilazione medica		Parola chiave:	VRQ MQ
			Rev. 00	del 14/10/2024

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____			
Conseguenze caduta		☐ con danno ☐ senza danno	
Sede del danno		Tipo di danno	
Sede _____		☐ escoriazione ☐ contusione ☐ ematoma ☐ ferita	☐ distorsione ☐ trauma cranico ☐ frattura femore ☐ altre fratture: specificare _____
Accertamenti diagnostici richiesti		☐ nessuno ☐ RX _____ ☐ TAC _____ ☐ visita specialistica _____	
Trattamenti terapeutici effettuati a breve termine		☐ nessuno ☐ sutura ☐ steristrips ☐ medicazione ☐ altro _____	
Terapia farmacologica in atto		☐ sedativi del SNC ☐ diuretici ☐ ipotensivanti ☐ antiaritmici	Il paziente assume più di 4 farmaci? ☐ SI ☐ NO
Note..... Firma del medico.....			
FOLLOW-UP			
Necessità di follow-up dopo la caduta		☐ SI ☐ NO	
Esito accertamenti diagnostici (riportare esito referto)			
Firma medico _____			