

	Manuale Sistema Qualità PROGRAMMA DI VRQ: monitoraggio del numero di cadute dei pazienti	All. 09/ Sez.5.4 Pag. 1 di 2
		Rif. : Sez. 5 Norma UNI EN ISO 9001
		Rev. 00 del 21/10/2024

SOMMARIO

1. Scopo
2. Modalità Operative
3. Obiettivo Di Miglioramento
4. Riesame VRQ

Verifica		Approvazione	
Firma		Firma	
data	23/10/24	data	24/10/24

ATTENZIONE: la mancanza delle firme originali indica che questo documento è una stampa della versione aggiornata disponibile in rete ed utilizzabile per sola lettura.
 Documento di proprietà della Nuova Casa di Cura Sant'Anna – E' vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta.

	Manuale Sistema Qualità PROGRAMMA DI VRQ: monitoraggio del numero di cadute dei pazienti	All. 09 / Sez.4 Pag. 2 di 2
		Rif. : Sez. 5 Norma UNI EN ISO 9001
		Rev. 00 del 21/10/2024

1. SCOPO

Monitoraggio del numero di cadute dei pazienti al fine di ridurre in numero degli incidenti nei reparti di degenza.

2. MODALITA' OPERATIVE

La Casa di Cura adotta una Scheda di Vrq per il monitoraggio delle cadute, allineata al contenuto della Raccomandazione n. 13 per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie.

Cfr. Mod. 0078 Scheda Segnalazione Cadute

3. OBIETTIVO DI MIGLIORAMENTO

L'obiettivo di miglioramento consiste nella riduzione (a parità di giornate di degenza) del numero di cadute dei pazienti. Il risultato del primo anno di rilevazione verrà considerato come dato di partenza per le revisioni annuali ed il monitoraggio.

4. RIESAME

I dati verranno raccolti in apposito file compilato dal comparto amministrativo dedicato alla qualità con la supervisione del Direttore Sanitario.

Il file contiene tutti i dati necessari al fine di consentire un'analisi dettagliata delle singole cadute (luogo, modalità, dinamica, conseguenza ... ecc).

Tale analisi verrà effettuata annualmente in sede di Rischio Clinico ed i risultati saranno discussi in sede di CIO e CM.

Cfr. File di raccolta dati Vrq

	Direzione Sanitaria		Mod. 0078	Pag. 1 di 2
	SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTE 1° sezione a compilazione infermieristica		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 (abituale 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

SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTE

2° sezione a compilazione medica

Mod. 0078

Pag. 2 di 2

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☐ distorsione☐ contusione☐ trauma cranico☐ ematoma☐ frattura femore☐ ferita☐ 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☐ antiaritmiciIl paziente
assume più di 4
farmaci?☐ SI ☐ NONote _____

Firma del medico _____

FOLLOW-UP**Necessità di follow-up dopo la caduta**☐ SI ☐ NO**Esito accertamenti diagnostici
(riportare esito referto)**

Firma medico _____

info@santannacasale.it

www.santannacasale.it

Nuova Casa di Cura Sant'Anna S.r.l. Viale Cavalli d'Olivola, 22 - 15033 - Casale M.to (AL) Tel 0142/334611 Fax 0142/75812

Documento di proprietà della Nuova Casa di Cura Sant'Anna srl - Clinica Privata Accreditata.

È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta.