

<b>ALLA DIREZIONE SANITARIA P.O.</b>  <hr style="width: 200px; margin-left: 0;"/>	<b>SCHEDA DI SEGNALAZIONE E DESCRIZIONE DELLA <u>CADUTA DEL PAZIENTE</u></b>	
---	--	---

Cognome: ..... Nome: ..... Data di nascita:...../...../..... (età .....) Sesso: M F  
 Data di ricovero: ...../...../..... Unità operativa ..... N. stanza .....  
 Diagnosi Ingresso .....  
 Punteggio Conley all'ingresso..... Piano assistenziale con interventi preventivi e di educazione sanitaria si no

**Compilare la scheda in tutte le sue parti**

Sezione a compilazione infermieristica	<p>Data dell'evento: ...../...../..... Ora: .....</p> <p>Chi era presente: <input type="checkbox"/> solo <input type="checkbox"/> altri pazienti <input type="checkbox"/> familiari <input type="checkbox"/> personale sanitario <input type="checkbox"/> personale tecnico  <input type="checkbox"/> personale di supporto <input type="checkbox"/> altro .....</p> <p><input type="checkbox"/> presenza di sponde o altri mezzi di contenzione <input type="checkbox"/>si <input type="checkbox"/>no  <input type="checkbox"/> letto regolabile in altezza <input type="checkbox"/>si <input type="checkbox"/>no                  Altro .....</p> <p><b>Modalità caduta:</b>  <input type="checkbox"/> caduto dalla posizione eretta <input type="checkbox"/> caduto da seduto <input type="checkbox"/> caduto dal letto  <input type="checkbox"/> Altro .....</p> <p><b>Motivo:</b>  <input type="checkbox"/> perdita di forza <input type="checkbox"/> perdita di equilibrio <input type="checkbox"/> perdita di coscienza <input type="checkbox"/> inciampato <input type="checkbox"/> non evincibile</p> <p><b>Condizioni ambientali:</b>  <input type="checkbox"/> scivolato con pavimento asciutto <input type="checkbox"/> scivolato con pavimento bagnato  <input type="checkbox"/> scarsa illuminazione <input type="checkbox"/> ostacoli non removibili nella stanza</p> <p><b>Luogo:</b>  <input type="checkbox"/> stanza <input type="checkbox"/> corridoio <input type="checkbox"/> bagno <input type="checkbox"/> scale <input type="checkbox"/> ambulanza  <input type="checkbox"/> ambulatorio <input type="checkbox"/> sala operatoria <input type="checkbox"/> terapia intensiva <input type="checkbox"/> Altro:.....</p> <p>Che cosa stava facendo il paziente quando è caduto? .....</p> <p><b>Tipo calzatura:</b> <input type="checkbox"/> aperta <input type="checkbox"/> chiusa <input type="checkbox"/> nessuna</p> <p><b>Pressione Arteriosa</b> .....</p> <p>Suicidio: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no                      Violenza: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p> <p style="text-align: right;"><b>Firma dell'Inf./Tecnico</b>.....</p>
--	---

Sezione a compilazione medica	<p><b>Lesione:</b>            tipo .....</p> <p>                          sede .....</p> <p>                          prognosi della lesione giorni <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> fino a 5 gg <input type="checkbox"/> da 6 fino a 15 gg <input type="checkbox"/> oltre i 15 gg</p> <p>Stato di coscienza <input type="checkbox"/> alert <input type="checkbox"/> verbal <input type="checkbox"/> pain <input type="checkbox"/> unresponsive</p> <p>Accertamenti diagnostici richiesti: <input type="checkbox"/> TAC ..... <input type="checkbox"/> RX .....</p> <p>Prolungamento degenza            SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N°giorni .....</p> <p>Altro .....</p> <p><b>Terapia in atto:</b> <input type="checkbox"/> sedativi del SNC <input type="checkbox"/> lassativi <input type="checkbox"/> diuretici <input type="checkbox"/> ipotensivanti</p> <p><b>Consulenza specialistica richiesta</b> <input type="checkbox"/>si <input type="checkbox"/>no    se si specificare quale .....</p> <p><b>Esito evento</b> <input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> trauma <input type="checkbox"/> coma <input type="checkbox"/> morte <input type="checkbox"/> cronicizzazione della malattia <input type="checkbox"/> trasferimento in terapia intensiva <input type="checkbox"/> reintervento chirurgico <input type="checkbox"/> trattamenti psichiatrici</p> <p style="text-align: right;"><b>Firma del medico</b> .....</p>
-------------------------------	--

**INVIARE LA PRESENTE SEGNALAZIONE ALLA DIREZIONE MEDICA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO AVENDO CURA DI RIPORNE UNA COPIA NELLA CARTELLA CLINICA DEL PAZIENTE.**