


<p>ALLA DIREZIONE SANITARIA DEL P.O. DI</p> <p>_____</p>	<p>SCHEDA DI SEGNALAZIONE E DESCRIZIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE</p>	
---	--	---

Cognome: Nome: Data di nascita:...../...../.....
 (età) Sesso: M F Data di ricovero:/...../..... P.O.
 Unità operativa N. stanza

Sezione a compilazione infermieristica

Data dell'evento:/...../..... Ora:
 Chi era presente: solo altri pazienti familiari personale sanitario
 personale di supporto altro

Modalità caduta:

caduto dalla posizione eretta caduto da seduto caduto dal letto
 Altro

Motivo:

perdita di forza perdita di equilibrio perdita di coscienza inciampato
 scivolato con pavimento asciutto scivolato con pavimento bagnato ignoto
 Altro

Luogo:

stanza corridoio bagno scale ambulanza
 ambulatorio sala operatoria terapia intensiva Altro.....
 Che cosa stava facendo il paziente quando è caduto?

Tipo calzatura: aperta chiusa nessuna
 Pressione Arteriosa

Suicidio: sì no Violenza: sì no **L'infermiere**

Sezione a compilazione medica

Lesione: tipo
 sede
 prognosi della lesione.....

Stato di coscienza alert verbal pain unresponsive
 Accertamenti diagnostici richiesti: TAC RX
 Prolungamento degenza SI NO N° giorni
 Altro

Terapia in atto: sedativi del SNC lassativi diuretici ipotensivanti

Consulenza specialistica richiesta

Esito evento morte coma cronicizzazione delle malattia trauma BLSD
 trasferimento in terapia intensiva reintervento chirurgico trattamenti psichiatrici

Il medico

**LA SEGNALAZIONE DEVE ESSERE INVIATA ALLA DIREZIONE SANITARIA OSPEDALIERA
 CHE A SUA VOLTA LA INVERA' ALLA STRUTTURA BUROCRATICA LEGALE E
 ALL'UFFICIO RISK MANAGEMENT AZIENDALE.
 COPIA DELLA PRESENTE DOCUMENTAZIONE DEVE ESSERE POSTA NELLA CARTELLA
 CLINICA DEL PAZIENTE.**