

ASL ROMA1
UOC SICUREZZA PREVENZIONE E RISK MANAGEMENT
RISCHIO CLINICO

SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTE

(SOLO USO INTERNO da **NON** inserire nella documentazione sanitaria del paziente)

Presidio Ospedaliero/Struttura Territoriale

U.O.

Data evento

Ora

GENERALITA' DELL'UTENTE

Cognome

Nome

Luogo di nascita

Data

N. Nosologico

Anno

Sesso:

M

F

Recapito telefonico

Visitatore

Utente del Servizio

Ricoverato

dell'U.O./Servizio

DESCRIZIONE DELLA CADUTA

Dati acquisiti da:

Infortunato

Testimoni

Operatore Sanitario

L'infortunato riferisce di:

essersi reso conto che stava cadendo

essersi ritrovato in terra senza sapere come e perchè

non è in grado di rispondere

LUOGO DELLA CADUTA

Stanza di degenza Sala Operatoria Corridoio Scale Sala d'attesa

Ascensore Stanza attività diagnostica/ambulatoriale Bagno

Altro

(se aree esterne specificare)

ASL ROMA1
UOC SICUREZZA PREVENZIONE E RISK MANAGEMENT
RISCHIO CLINICO

AL MOMENTO DELLA CADUTA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stazionava in posizione eretta/seduta/distesa | <input type="checkbox"/> Camminava |
| <input type="checkbox"/> Utilizzava i servizi igienici | <input type="checkbox"/> Scendeva/saliva le scale |
| <input type="checkbox"/> Saliva/scendeva dal letto/barella | <input type="checkbox"/> Si vestiva/svestiva |
| <input type="checkbox"/> Si alzava/sedeva dalla sedia/sedia a rotelle | <input type="checkbox"/> Cambiava posizione nel letto |
| <input type="checkbox"/> Si allungava per prendere/raccogliere/afferrare | <input type="checkbox"/> Dormiva |

MECCANISMO DELLA CADUTA

- Inciampava Scivolava Perdeva equilibrio Cedimento Capogiro/svenimento
- Altro

SCHEDA PER LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEL RISCHIO CADUTA

- Non compilata Compilata con valutazione complessiva: Basso Rischio Alto Rischio

Note:

Data compilazione ora

Operatori Sanitari:

Cognome Nome Matr.

Cognome Nome Matr.

Cognome Nome Matr.

ASL ROMA1
UOC SICUREZZA PREVENZIONE E RISK MANAGEMENT
RISCHIO CLINICO

CONSEGUENZA DELLA CADUTA (a cura del Medico)

ASSENZA DI DANNO

DANNO

SEDE DEL DANNO:

TIPO DI DANNO:

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI EFFETTUATI:

TRATTAMENTI TERAPEUTICI EFFETTUATI:

NOTE:

Data compilazione Ora

Il Medico:

Cognome **Nome** **Matr.**

Inviare a: segnalazionecadute@aslroma1.it