

**SCHEDA DI SEGNALAZIONE CADUTA**

OSPEDALE O STRUTTURA TERRITORIALE	SFN <input type="checkbox"/> SSP <input type="checkbox"/> OFT	DATA DELL'EVENTO
	NRM <input type="checkbox"/> CSA <input type="checkbox"/> C.d.Comunità	ORA DELL'EVENTO
<input type="checkbox"/> TERRITORIO _____		
UNITÀ OPERATIVA O SERVIZIO _____	DATI ACQUISITI DA	<input type="checkbox"/> ASSISTITO
		<input type="checkbox"/> TESTIMONE
		<input type="checkbox"/> OPERATORE

<b>G E N E R A L I T À</b>	COGNOME	SESSO	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
	NOME	DIAGNOSI DI INGRESSO		
	DATA NASCITA	PRESTAZIONE EFFETTUATA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	REGIME DI EROGAZIONE	<input type="checkbox"/> RICOVERO <input type="checkbox"/> DAY HOSPITAL <input type="checkbox"/> ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO <input type="checkbox"/> ACCESSO AMBULATORIALE <input type="checkbox"/> ALTRO _____	<input type="checkbox"/> RICOVERATO IN DATA: _____  <input type="checkbox"/> UTENTE DEL SERVIZIO  <input type="checkbox"/> VISITATORE	

<b>D E S C R I Z I O N E D E L L A C A D U T A</b>	DINAMICA DELLA CADUTA	<input type="checkbox"/> SI È RESO CONTO DI CADERE <input type="checkbox"/> SI È TROVATO A TERRA SENZA ESSERSI RESO CONTO <input type="checkbox"/> NON È IN GRADO DI RISPONDERE			
	LUOGO DELLA CADUTA	<input type="checkbox"/> STANZA DI DEGENZA <input type="checkbox"/> BAGNO <input type="checkbox"/> AMBULATORIO <input type="checkbox"/> CORRIDOIO <input type="checkbox"/> SPAZI COMUNI INTERNI ALLA UO/SERVIZIO	<input type="checkbox"/> SCALE <input type="checkbox"/> SALA OPERATORIA <input type="checkbox"/> ESTERNO DEL REPARTO <input type="checkbox"/> ESTERNO DELLA STRUTTURA <input type="checkbox"/> ALTRO		
	POSIZIONE DURANTE LA CADUTA	<input type="checkbox"/> ERETTA	<input type="checkbox"/> SENZA SUPPORTI <input type="checkbox"/> CON ACCOMPAGNATORE <input type="checkbox"/> CON SUPPORTI (SPECIFICARE)		
		<input type="checkbox"/> SEDUTA O SEMISEDUTA	<input type="checkbox"/> SEDIA <input type="checkbox"/> COMODA <input type="checkbox"/> SEDIA A ROTELLE: <input type="checkbox"/> CON CINTURA SICUREZZA <input type="checkbox"/> SENZA <input type="checkbox"/> LETTO <input type="checkbox"/> BARELLA		
		<input type="checkbox"/> DISTESA	<input type="checkbox"/> LETTO SENZA SPONDE <input type="checkbox"/> LETTO CON SPONDE <input type="checkbox"/> BARELLA CON SPONDE	AD ALTEZZA MINIMA?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	ERANO IN USO LE SPONDE LATERALI?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
AZIONE DURANTE LA CADUTA	<input type="checkbox"/> CAMMINAVA <input type="checkbox"/> UTILIZZAVA SERVIZI IGIENICI <input type="checkbox"/> SALIVA SUL LETTO/BARELLA <input type="checkbox"/> SCENDEVA DAL LETTO/BARELLA	<input type="checkbox"/> CAMBIAVA POSIZIONE NEL LETTO <input type="checkbox"/> SCENDEVA DALLE SCALE <input type="checkbox"/> SALIVA LE SCALE <input type="checkbox"/> SI ALLUNGAVA PER PRENDERE/AFFERRARE			
MECCANISMO DELLA CADUTA	<input type="checkbox"/> SCIVOLAVA <input type="checkbox"/> INCIAMPAVA <input type="checkbox"/> PERDEVA L'EQUILIBRIO	<input type="checkbox"/> SVENIMENTO <input type="checkbox"/> CAPOGIRO <input type="checkbox"/> SCAVALCAVA LE SPONDE LATERALI			

LA BROCHURE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE IN REPARTO È STATA CONSEGNATA AL PAZIENTE <input type="checkbox"/> PARENTE/CAREGIVER <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	--

F A T T O R I	PERSONALI	<input type="checkbox"/> CADUTE PREGRESSE <input type="checkbox"/> DEFICIT NEURO-COGNITIVI <input type="checkbox"/> DEFICIT VISIVI <input type="checkbox"/> INCONTINENZA <input type="checkbox"/> CALZATURE NON ADEGUATE <input type="checkbox"/> ALTRO _____	<input type="checkbox"/> PROBLEMI DI EQUILIBRO/DEAMBULAZIONE <input type="checkbox"/> ASSUNZIONE DI FARMACI AD ALTO RISCHIO <input type="checkbox"/> PROFILO EMODINAMICO/CARDIOVASCOLARE <input type="checkbox"/> ASSUNZIONE DI FARMACI AD ALTO RISCHIO <input type="checkbox"/> RECENTE VARIAZIONE DI TERAPIA
	ESTERNI	AMBIENTE	<input type="checkbox"/> PRESENZA DI DISLIVELLI SUL PAVIMENTO <input type="checkbox"/> PRESENZA DI OSTACOLI <input type="checkbox"/> PAVIMENTO BAGNATO NON SEGNALATO <input type="checkbox"/> SCALE <input type="checkbox"/> ALTRO
PRESIDI ( <i>inadeguati o malfunzionati</i> )		<input type="checkbox"/> LETTO <input type="checkbox"/> SEDIA A ROTELLE O COMODA <input type="checkbox"/> BARELLA <input type="checkbox"/> SEDIA <input type="checkbox"/> ALTRO	

Nome e Cognome OPERATORE 1		Nome e Cognome OPERATORE 2	
----------------------------------	--	----------------------------------	--

COMPILAZIONE A CURA DEL MEDICO			
C O N S E G U E N Z E  C A D U T A	DANNO	<input type="checkbox"/> PRESENZA DI DANNO <input type="checkbox"/> NESSUN DANNO	
	ESITO	<input type="checkbox"/> NESSUNO <input type="checkbox"/> LIEVE <input type="checkbox"/> MODERATO <input type="checkbox"/> SEVERO <input type="checkbox"/> MORTE	
	PRESTAZIONI ESEGUITE POST CADUTA	<input type="checkbox"/> NESSUNA <input type="checkbox"/> VISITA MEDICA <input type="checkbox"/> CONSULENZA SPECIALISTICA <input type="checkbox"/> ESAMI DI LABORATORIO <input type="checkbox"/> ESAMI RADIOLOGICI <input type="checkbox"/> ALTRE INDAGINI STRUMENTALI <input type="checkbox"/> MEDICAZIONE FERITA	<input type="checkbox"/> PUNTI DI SUTURA <input type="checkbox"/> APPLICAZIONE DI TUTORE/APPARECCHIO GESSATO <input type="checkbox"/> TRASFERIMENTO PRESSO ALTRO REPARTO/P.O. <input type="checkbox"/> INTERVENTO CHIRURGICO <input type="checkbox"/> RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA <input type="checkbox"/> ALTRO: _____
	NECESSITÀ DI FOLLOW-UP	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	
	NOTE A CURA DEL MEDICO		

Nome e Cognome del MEDICO	
---------------------------	--

Questo documento **non** dovrà essere inserito nella cartella clinica dell'assistito.

Inviare a: segnalazionecadute@aslroma1.it