

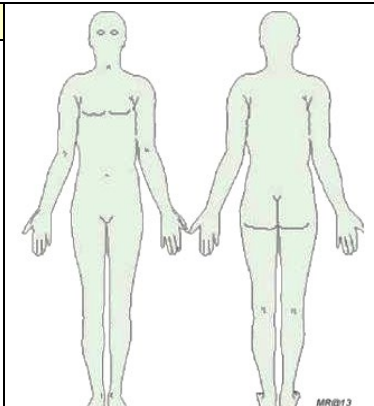
SCHEDA 5	SEGNALAZIONE CADUTA	Cod. ROG26/3.5 - Rev.02 del 30.06.2025
-----------------	----------------------------	--

UTENTE: _____	ANNO _____	N° prog. _____
----------------------	-------------------	-----------------------

DATA _____	ORA _____
-------------------	------------------

LUOGO <input type="checkbox"/> camera <input type="checkbox"/> servizi igienici <input type="checkbox"/> corridoio <input type="checkbox"/> scale <input type="checkbox"/> sale comuni <input type="checkbox"/> spazi esterni	TESTIMONI <input type="checkbox"/> il paziente era solo <input type="checkbox"/> altri pazienti: _____ <input type="checkbox"/> operatore/i: _____ <input type="checkbox"/> paziente in grado di fornire informazioni <input type="checkbox"/> paziente non in grado di fornire informazioni	MODALITA' CADUTA <input type="checkbox"/> caduto da posizione eretta <input type="checkbox"/> caduto da seduto <input type="checkbox"/> caduto dal letto <input type="checkbox"/> caduto dalla barella <input type="checkbox"/> altro: _____
---	--	--

MECCANISMO CADUTA <input type="checkbox"/> inciampato <input type="checkbox"/> scivolato <input type="checkbox"/> perdita di equilibrio <input type="checkbox"/> capogiro/svenimento <input type="checkbox"/> pavimento bagnato <input type="checkbox"/> scarsa illuminazione	DINAMICA EVENTO <input type="checkbox"/> camminava <input type="checkbox"/> scendeva/saliva sul letto, sedia <input type="checkbox"/> stava utilizzando la toilette <input type="checkbox"/> stava effettuando l'igiene personale/vestizione <input type="checkbox"/> stava dormendo <input type="checkbox"/> stava cambiando posizione a letto	CONSEGUENZE <input type="checkbox"/> senza danno <input type="checkbox"/> con danno <input type="checkbox"/> ricovero ospedale <input type="checkbox"/> intervento 118
--	--	---

SEDE DEL DANNO Segnare con una X sulle figure la sede del danno		TIPO DI DANNO <input type="checkbox"/> escoriazione <input type="checkbox"/> contusione <input type="checkbox"/> ematoma <input type="checkbox"/> ferita <input type="checkbox"/> distorsione <input type="checkbox"/> trauma cranico <input type="checkbox"/> frattura femore <input type="checkbox"/> altre fratture: _____
---	--	--

TRATTAMENTI TERAPEUTICI <input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> medicazione <input type="checkbox"/> sutura <input type="checkbox"/> altro: _____	PRECEDENTI CADUTE <input type="checkbox"/> nessuna (1° caduta) <input type="checkbox"/> 2° caduta <input type="checkbox"/> 3° caduta <input type="checkbox"/> più di 3 cadute
--	--

TERAPIA ADOTTATA: _____

INTERVENTI CORRETTIVI INTRAPRESI

SPECIFICI: _____

GENERALI: _____

NOTE _____

Firma Operatori in turno: _____

FIRMA compilatore: _____

NOTA: numerare progressivamente ogni scheda e archiviare le schede cronologicamente in un unico plico per ogni singolo anno.