



Presidio _____ Unità Operativa _____

Sezione a compilazione infermieristica

Cognome: **Nome** **nata/o il :**/...../.....

Età ___ sesso: M F **Data di ricovero:** ___/___/___ **Data dell'evento:** ___/___/___ **Ora:** ___:___

Chi era presente: solo altri pazienti familiari personale sanitario

Altro: _____

Modalità caduta:

caduta dalla posizione eretta caduta da seduto caduta 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 deg. corridoio bagno scale ambulatorio/medicheria sala d'attesa area esterna

Tipo di calzatura: aperta chiusa Uso ausili per la deambulazione

quali? _____

Che cosa stava facendo il paziente quando è caduto? _____

Firma dell'Infermiere _____

Sezione a compilazione medica

Terapia in atto: sedativi del SNC lassativi diuretici ipotensivi insulina/ipoglicemizzanti

Altro: _____

Esame obiettivo _____

Accertamenti diagnostici richiesti:

Esito della caduta: _____

Firma del Medico _____

Una copia deve essere inviata alla Direzione Medica di Presidio, al Servizio Infermieristico del Presidio, all'U.O. Qualità 5251-5132