

**AZIENDA USL PESCARA**

Ufficio di Coordinamento per la Gestione del Rischio Clinico

Dirigente medico responsabile: Dott.ssa AnnaMaria Ambrosi

Tel 0854253025 / fax 0854253080 e-mail annamaria.ambrosi@ausl.pe.it**REV. 1/2013****ALL.3****MODULO DI RILEVAZIONE E DENUNCIA DELLE CADUTE DEL PAZIENTE**

Il presente modulo, compilato in maniera leggibile in tutte le sue sezioni, deve essere inviato all'Ufficio Gestione Rischio Clinico (fax 085 4253080 e.mail: annamaria.ambrosi@ausl.pe.it) e una copia conservata nella Cartella Clinica del Paziente

Sezione a cura dell'Infermiere**Dati del Paziente**

Cognome:

Nome:

data di nascita:

sesso: ☐ m ☐ f

data di ricovero:

Unità Operativa**Punteggio della Scala di Conley =****Grado di rischio della caduta**alto ☐medio ☐basso ☐**Dinamica dell'evento:**

Descrizione dell'evento _____

Eventuali testimoni:☐ altri pazienti☐ personale sanitario☐ familiari☐ altri**Luogo in cui è avvenuta la caduta:**☐ stanza ☐ corridoio ☐ bagno ☐ scale ☐ altro**Modalità di caduta :** ☐ dalla posizione eretta ☐ da seduto ☐ dal letto ☐ altro**Motivo:** perdita di forze☐ perdita di equilibrio☐ perdita di coscienza☐ altro

Cause ambientali favorenti:

☐ illuminazione☐ pavimento bagnato☐ altro

Letto regolabile in altezza

☐ sì ☐ no

Presenza di sponde o altri mezzi di contenzione

☐ sì ☐ no

Tipo di calzatura

☐ aperta☐ chiusa

Firma e timbro dell'Infermiere

Sezione a cura del Medico**Esito dell'evento:**☐ Lesione: Tipo

Sede

Accertamenti diagnostici richiesti: ☐ T.A.C. ☐ Rx ☐ altro

Data _____

Firma e timbro del Medico