

**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](mailto:annamaria.ambrosi@ausl.pe.it)

<b>REV. 1/2013</b>	<b>ALL.3</b>
<b>MODULO DI RILEVAZIONE E DENUNCIA DELLE CADUTE DEL PAZIENTE</b>	

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](mailto:annamaria.ambrosi@ausl.pe.it)) e una copia conservata nella Cartella Clinica del Paziente

<b>Sezione a cura dell'Infermiere</b>		
<b>Dati del Paziente</b>		
Cognome:	Nome:	
data di nascita:	sesso: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f	
data di ricovero:	<b>Unità Operativa</b>	
<b>Punteggio della Scala di Conley =</b>		
<b>Grado di rischio della caduta</b>	alto <input type="checkbox"/>	medio <input type="checkbox"/> basso <input type="checkbox"/>
<b>Dinamica dell'evento:</b>		
Descrizione dell'evento _____ _____		
<b>Eventuali testimoni:</b>		
<input type="checkbox"/> altri pazienti	<input type="checkbox"/> personale sanitario	
<input type="checkbox"/> familiari	<input type="checkbox"/> altri	
<b>Luogo in cui è avvenuta la caduta:</b>		
<input type="checkbox"/> stanza <input type="checkbox"/> corridoio <input type="checkbox"/> bagno <input type="checkbox"/> scale <input type="checkbox"/> altro		
<b>Modalità di caduta :</b> <input type="checkbox"/> dalla posizione eretta <input type="checkbox"/> da seduto <input type="checkbox"/> dal letto <input type="checkbox"/> altro		
<b>Motivo:</b> perdita di forze	<input type="checkbox"/> perdita di equilibrio	<input type="checkbox"/> perdita di coscienza <input type="checkbox"/> altro
Cause ambientali favorenti:	<input type="checkbox"/> illuminazione	<input type="checkbox"/> pavimento bagnato <input type="checkbox"/> altro
Letto regolabile in altezza	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Presenza di sponde o altri mezzi di contenzione	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Tipo di calzatura	<input type="checkbox"/> aperta <input type="checkbox"/> chiusa	
Firma e timbro dell'Infermiere		
<b>Sezione a cura del Medico</b>		
<b>Esito dell'evento:</b>		
<input type="checkbox"/> Lesione: Tipo	Sede	
Accertamenti diagnostici richiesti: <input type="checkbox"/> T.A.C. <input type="checkbox"/> Rx <input type="checkbox"/> altro		

Data \_\_\_\_\_

Firma e timbro del Medico