

A.Li.Sa. Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria	<b>OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO</b>	MODULO REGIONALE <b>SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTE</b>	<b>MODAZHOR_0068</b>	
U.O. GOVERNO CLINICO E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA HOR		Rev.5	Data 15/02/2019	Pag 1 di 2

Presidio/ U.O. /S.C.....cdc.....

Cognome nome data di nascita sesso ..... .....	regime ricovero: Ordinario <input type="checkbox"/> DH/DS <input type="checkbox"/> Ambulatoriale <input type="checkbox"/> Accesso a PS <input type="checkbox"/> tipo di ricovero: chirurgico <input type="checkbox"/> medico <input type="checkbox"/> riabilitativo <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> extra ospedaliero <input type="checkbox"/> Data accesso ricovero/ prestazione .....
--	---

**sezione A) Dati caduta**

Evento/Caduta	<b>Data.....ore.....</b> Precedenti cadute durante l'attuale ricovero: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> <i>indicare numero:.....</i> dettaglio ignoto <input type="checkbox"/>		
Luogo Evento	<input type="checkbox"/> camera <input type="checkbox"/> servizi igienici <input type="checkbox"/> spazi in comune	<input type="checkbox"/> ambulatorio <input type="checkbox"/> sala diagnostica <input type="checkbox"/> sala operatoria	.....
Presenti/ Testimoni	<input type="checkbox"/> nessuno/il pz. era solo <input type="checkbox"/> altri degenti <input type="checkbox"/> familiari/altri <input type="checkbox"/> personale sanitario	il pz. è stato in grado di spiegare la modalità della caduta? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no, ma abitualmente confuso/disorientato <input type="checkbox"/> si	
Modalità/ momento caduta (riferita o presunta)	<input type="checkbox"/> inciampamento <input type="checkbox"/> scivolamento <input type="checkbox"/> accasciamento <input type="checkbox"/> non determinabile	<input type="checkbox"/> mentre camminava <input type="checkbox"/> scendeva dal /saliva nel letto <input type="checkbox"/> mentre stava- si trasferiva da o verso sedia/ poltrona/ carrozzina/ comoda <input type="checkbox"/> mentre procedeva igiene personale, si vestiva- svestiva, usava WC <input type="checkbox"/> mentre stava raggiungendo: oggetto <input type="checkbox"/> campanello di chiamata <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mentre cambiava posizione nel letto (letto con spondine: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mentre era in attesa barellato <input type="checkbox"/> mentre era sottoposto a movimentazione da parte del personale <input type="checkbox"/> non determinabile	<input type="checkbox"/> in autonomia <input type="checkbox"/> con aiuto di terzi <input type="checkbox"/> con utilizzo di ausili
Valutazione Rischio Cadute antecedente	<input type="checkbox"/> non applicabile <input type="checkbox"/> non rilevata <input type="checkbox"/> applicata: Scala Conley: $\geq 2$ si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Scala Morse: $\geq 51$ si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Scala Tinetti: $\leq 19$ si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> U&G= $\geq$ a 12 sec. si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> (il risultato <b>si</b> , in qualsiasi scala utilizzata, identifica il paziente ad alto rischio)		

Qualifica del personale compilatore (*barrare*): medico  infermieristico  altre professioni sanitarie  OSS  **timbro e firma**

**sezione B) Rilievi immediati**

Sede/tipo lesioni riscontrate nell' immediato	<input type="checkbox"/> nessuna lesione obiettivabile <input type="checkbox"/> contusione ..... <i>descrizione sede:</i> <input type="checkbox"/> ferite ..... <input type="checkbox"/> sospetta frattura ..... <input type="checkbox"/> trauma cranico ..... <input type="checkbox"/> altro .....
Richieste indagini	No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> : Indagini radiologiche <input type="checkbox"/> ..... Consulenza specialistica <input type="checkbox"/> ..... inviato PS <input type="checkbox"/>
Risultato accertamenti/ Indagini eseguite	<input type="checkbox"/> dati non ancora disponibili a fine turno <input type="checkbox"/> negativi <input type="checkbox"/> positivi per fratture (specificare sede):..... <input type="checkbox"/> positivi per altro (specificare).....

Qualifica del **medico** intervenuto nell'immediato: di reparto  di guardia  Data ore.....**timbro e firma**

**sezione C) Completamento clinico entro le 24 h dall'evento**

Possibili fattori clinici di rischio legati al pz	<input type="checkbox"/> Farmaci in corso: cardiologici <input type="checkbox"/> diuretici <input type="checkbox"/> psicofarmaci <input type="checkbox"/> più di quattro farmaci <input type="checkbox"/> nessuno dei descritti <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presenza deficit: cognitivi <input type="checkbox"/> visivi <input type="checkbox"/> dell'andatura/ movimento <input type="checkbox"/> nutrizionali <input type="checkbox"/> nessuno dei descritti <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stato di malattia compromettente funzioni (es. incontinenza, anemia...): no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> condizioni ignote (solo se pz ambulatoriale)
Conclusioni/ Esito	<input type="checkbox"/> evento senza danno attuale <input type="checkbox"/> danno lieve ( <i>indicativamente prognosi inferiore/uguale a 3 gg</i> ) <input type="checkbox"/> danno medio ( <i>indicativamente prognosi da 4 gg a 30gg</i> ) <input type="checkbox"/> danno severo/ trauma maggiore ( <i>indicativamente prognosi oltre 30 gg</i> ) <input type="checkbox"/> prolungamento degenza/ trasferimento: ..... <input type="checkbox"/> decesso entro le 24 ore successive alla caduta no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>

Qualifica del **medico** che completa i dati: di reparto  di guardia  Data ore.....**timbro e firma**

## MEMORANDUM

- La Scheda va compilata anche per pazienti non ricoverati, che incorrano in cadute durante visite ambulatoriali od esami/ prestazioni diagnostiche (sono esclusi dal monitoraggio accompagnatori e presenti ad altro titolo).
- La fotocopia della prima facciata va conservata nella Documentazione Sanitaria del pz. e l'originale (con le due facciate) inviata **in busta a Direzione Sanitaria stanza 7**.
- Tempistica dell'invio: **non oltre le 24h dall'evento**, contestualmente a episodio conclusosi con il risultato delle eventuali indagini diagnostiche effettuate nei ricoverati. Se la caduta è occorsa a paziente Ambulatoriale, per il quale siano state attivate l'assistenza del 118 e l'invio al Pronto Soccorso, la Scheda andrà comunque inviata in DS e il medico di Direzione Sanitaria provvederà a controllarne l'esito e a completare i dati della Sezione C.

apporre (*anche coprendo i dati sottostanti*)

ETICHETTA ADESIVA DATI ANAGRAFICI/ ACCETTAZIONE MEDTRAK

cognome nome, data di nascita

denominazione della Unità Operativa e CDC

regime di ricovero, data del ricovero/ prestazione

In caso di assenza di etichetta adesiva scrivere i dati completi con grafia leggibile. Non sono ammesse inesattezze.

**Legenda compilazione: sezione A) dati della caduta:** Compilazione a carico di personale infermieristico e/o altre professioni sanitarie, (OSS per le strutture extraospedaliere) o medico. Barrare la figura professionale che compila i dati con timbro e firma. Compilare tutti i campi previsti e prescegliere e barrare la situazione che più si avvicina fra quelle descritte. Si considera: *inciampamento*: situazione accidentale nelle quali la persona si accorge di non essere in grado di evitare tempestivamente l'ostacolo; *scivolamento*: incapacità di opporsi totalmente ad improvviso cedimento/sbandamento; *accasciamento*: crollo improvviso di forze (di qualsiasi origine) con afflosciamento totale al suolo; *non determinabile*: quando per l'appunto è impossibile dal luogo del ritrovamento e dalla posizione del corpo, ipotizzare cosa sia avvenuto. Per la Valutazione del Rischio Cadute antecedenti l'evento andrà barrato: *non applicabile*: nel caso di pz Ambulatoriali, DH- DS; *non rilevata*: quando la valutazione del rischio prevista non è stata rintracciata nella Documentazione Sanitaria ( Cartella Infermieristica di Degenza o in altra Modulistica Aziendale); *applicata*: barrando la Scala utilizzata e se il pz fosse, in base ai valori raggiunti, identificato (SI) o meno (NO) ad alto rischio.

**Legenda compilazione: sezione B) rilievi clinici immediati:** compilazione da parte del medico intervenuto nell'immediato: tipo di lesioni riscontrate e indicazioni all'esecuzione di indagini diagnostiche e risultati sintetici degli accertamenti eventualmente richiesti, se ottenuti.

**Legenda compilazione: sezione C) completamento clinico:** compilazione da parte del medico: fattori pregressi di rischio caduta legati alle specifiche condizioni note del paziente. L'esito, descritto in quattro possibili categorie di danno (nessuno, danno lieve, medio, severo) oltre al decesso, ha esclusivamente valore orientativo- trattandosi di una valutazione a 24 ore dall'evento, ma permette di identificare facilmente il tipo di evento/ grado di esito. E' necessario indicare la sede di eventuale trasferimento in altro reparto resosi necessario.