



REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO
U.O. GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
Il Responsabile: Dott. Francesco La Cava
Via F. Acri n.24 - Catanzaro Tel. / Fax 0961-7033532

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO
UO DI STAFF DELLA DIREZIONE GE
Protocollo n° 0098038
del 27/11/2015
Data - Ora A/P 27/11/2015 12:20:02



0201500980384
Titolo/Classe/Sottoclasse
II 1

AL SIG.COMMISSARIO STRAORDINARIO
A.S.P. DI CATANZARO
DOTT. GIUSEPPE PERRI
VIA V. CORTESE,25
CATANZARO

Oggetto: Procedura operativa di prevenzione e gestione delle cadute di pazienti e visitatori nelle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro.

In ottemperanza del DCA n. 98 del 30 settembre 2015 con il quale la Regione Calabria ha approvato la procedura di prevenzione e gestione delle cadute di pazienti e visitatori in area sanitaria, il sottoscritto Dott. Francesco La Cava, in qualità di Risk Manager Aziendale, ha elaborato la seguente procedura operativa che dovrà essere adottata da tutte le strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro.

La fase operativa della prevenzione delle cadute si deve realizzare:

A) *Attraverso la valutazione della persona a rischio caduta* (scheda di Conley - allegato n.1):

- All'ammissione del paziente in reparto
- In seguito ad alterazioni significative dello stato di salute durante la degenza
- Nei ricoveri prolungati ad intervalli regolari
- Ad ogni terapia con farmaci che possono portare il paziente a maggior rischio di caduta
- A seguito di episodio di caduta

La scheda di Conley compilata va inserita nella cartella clinica.

B) *Attraverso la valutazione dei rischi ambientali* (check list - allegato n. 2):

- La suddetta check - list, una volta compilata e debitamente firmata dall'Infermiere Coordinatore e dal Direttore dell'U.O., deve essere inviata in copia protocollata ed inviata alla Direzione Sanitaria di Presidio ed al Responsabile del Servizio Protezione e Prevenzione
- La check - list originale deve essere tenuta in archivio nell'U.O.

ISTRUZIONI OPERATIVE PREVENZIONE CADUTA PAZIENTE A LIVELLO DELLA PERSONA:

- Istruire la persona assistita / caregiver circa le strategie da impiegare per evitare le cadute in caso di vertigini o ipotensione;
- Previa valutazione clinica, mobilitare precocemente il paziente;
- Verificare le condizioni del paziente, controllare e gestire le sorgenti di dolore o le cause di agitazione;
- Eliminare o ridurre impedimenti o incertezze del soggetto causati da problemi facilmente risolvibili (es. sistemare gli occhiali o l'apparecchio acustico);
- Correggere / sorreggere / gestire la persona se deambula in modo non coordinato;
- Fare riferimento ai protocolli specifici relativi alle diverse patologie circa le indicazioni per migliorare la mobilitazione / deambulazione;
- Valutare ed eventualmente suggerire l'abbigliamento adeguato alla persona;
- Richiedere la collaborazione di persone significative per la persona assistita;
- Riservare particolare attenzione ai risvegli, durante la notte, del paziente;
- Riservare particolare attenzione alla persona con deficit visivo e/o uditivo;
- Alterazione nella evacuazione: controllare e collocare i pazienti che assumono lassativi o diuretici in camere vicine al bagno, accompagnando quelli a rischio ad intervalli regolari e subito prima del riposo notturno;
- Valutare l'opportunità di utilizzare i presidi per l'incontinenza durante la notte;
- Mobilità alterata: mantenere il letto opportunamente bloccato, in una posizione bassa in modo che il paziente possa raggiungere gli oggetti che gli sono necessari;
- Controllare la deambulazione, l'affaticamento durante la mobilitazione: istruire i pazienti ad alzarsi e camminare lentamente; utilizzare cinture di sicurezza, presidi antidecubito e di posizionamento nelle carrozzine, sedie / poltrone provviste di braccioli ad altezza appropriata per alzarsi e sedersi;
- Garantire sicurezza ed assistenza adeguata ai pazienti a rischio nei vari trasferimenti (letto / sedia / poltrona);
- Valutare i problemi della persona legati alla mobilitazione;
- Andatura e attività ridotte: fornire gli ausili adeguati per la deambulazione (bastone, tripode, deambulatore, carrozzina, ecc.);
- Stato mentale alterato:
 - favorire il coinvolgimento dei familiari,
 - orientare il paziente nell' ambiente ospedaliero,
 - fornire distrazioni al paziente (musica, compagnia, ecc.) e attività di supporto anche con l'intervento dei volontari;
- Rischio di effetti collaterali da terapia farmacologica: far rivalutare le terapie prescritte (se possibile) considerando la possibilità di modificare gli orari di somministrazione per diminuire gli effetti collaterali ed il rischio di cadute;
- Limitare le interazioni tra farmaci quando possibile.

ISTRUZIONI OPERATIVE PREVENZIONE CADUTA PAZIENTE A LIVELLO AMBIENTALE:

- Collocare la persona nella camera e nel posto letto idoneo alla sua condizione;
- Illustrare alla persona l'ubicazione dei servizi igienici e degli spazi comuni, gli ausili a



disposizione nella camera di degenza (impianto di chiamata, illuminazione, ecc.) nei corridoi (corrimano) e nei servizi igienici (supporti presenti, disponibilità di sedia da doccia, bagni attrezzati);

- Fornire gli accessori di supporto per il letto (spondine, trapezio, ecc.). L'arredo deve prevedere spigoli arrotondati e mobili stabili a cui possa appoggiarsi la persona incerta nel cammino. Le sedie, non basse, e provviste di braccioli; i tavoli ad altezza idonea al posizionamento della carrozzina.
- Utilizzare apposita cartellonistica, meglio se colorata, in prossimità di pavimento pericoloso (dislivelli, crepe, ecc.);
- Migliorare l'illuminazione, rendendo visibili gli interruttori di chiamata e di illuminazione. Accendere le luci notturne vicine al letto e nei bagni. Far posizionare luci con accensioni automatiche in presenza di persone, soprattutto nei bagni.
- Rendere i percorsi liberi da ostacoli (es. fili elettrici, oggetti vari, mobili bassi);
- Sensibilizzare il personale delle imprese di pulizia rispetto all'informazione al paziente sui pavimenti bagnati e rischi connessi: utile l'impiego di appositi cartelli di segnalazione del rischio durante le attività di pulizia ed in presenza di pavimento bagnato / scivoloso;
- Prediligere la presenza di strisce antiscivolo sui gradini delle scale (utile l'utilizzo di una segnalazione diversa sull'ultimo gradino);
- Utilizzare per la postura e la posizione seduta supporti adeguati (cinture di sicurezza, cuscini antiscivolo, ausili per il posizionamento degli arti);
- Garantire un'adeguata sicurezza durante le fasi di movimentazione della persona: spostamento letto / carrozzina, letto / barella, letto / sedia;
- Garantire adeguata sicurezza nelle attività di trasporto in carrozzina / barella: cinture di sicurezza, spondine, freni e dispositivi di blocco funzionanti; non lasciare incustodito il paziente;
- Disporre di barre, meglio se poste in verticale, a cui aggrapparsi vicino al water.

PROCEDURA DI GESTIONE DEL PAZIENTE E/O VISITATORE/UTENTE CADUTO

PROCEDURA ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CADUTO

- Non mobilizzare il paziente senza averlo prima valutato.
- Controllare i parametri vitali: TC, FC, FR, PAO, Sat.O2, stato di coscienza (orientato-disorientato-agitato-soporoso). Si può utilizzare la Glasgow Coma Scale e, se necessario, applicare il protocollo BLSD;
- Accertare la presenza di ferite, ematomi e/o deformazioni dei vari segmenti corporei suggestive di frattura;
- Se il paziente è cosciente ed orientato, chiedere informazioni sul suo stato (dolore, formicolii e parestesie, in qualche punto specifico), controllare il movimento coordinato degli arti. Se il paziente è incosciente, non escludere la possibilità di un trauma cranico, neanche nel caso in cui il paziente fosse precedentemente in stato di incoscienza;
- Predisporre il paziente per eventuali accertamenti diagnostici;
- Documentare e registrare in cartella clinica l'ora, il luogo, le circostanze dell'accaduto, tutti i dati dei parametri vitali e lo stato di coscienza;
- Comunicare al medico la caduta del paziente, i dati dei parametri e i problemi già rilevati, al fine di una valutazione clinica e di eventuali relative prescrizioni;
- Mettere in atto le eventuali misure terapeutiche prescritte e verificare la necessità



- dell'impiego di dispositivi per immobilizzazione (collare, barella a cucchiaio, barella spinale, tutori);
- Informare la famiglia dell'assistito sulla caduta del parente, previo consenso;
 - Monitorare il paziente nelle ore successive e allertare il medico in caso di peggioramento del quadro clinico: vigilanza, agitazione, parametri vitali, presenza di ematomi o emorragia, dolore;
 - Compilare la scheda di segnalazione cadute in originale e in 2 copie: l'originale va inserita in Cartella Clinica; delle due copie, una va inviata alla Direzione Sanitaria di Presidio e l'altra al Responsabile del Rischio Clinico (allegato 3);
 - Rivalutare e modificare il programma di prevenzione delle cadute attuando interventi volti a ridurre i fattori di rischio; il paziente caduto è da ritenersi a rischio di ulteriori cadute.

PROCEDURA DI GESTIONE DEL VISITATORE / UTENTE CADUTO

In caso di caduta di un visitatore / utente, ed un operatore sia presente o chiamato su segnalazione, è importante valutare l'eventuale necessità di inviare il soggetto in P.S., se la caduta del visitatore si è manifestata nelle UU.OO. di degenza; se la caduta si è verificata in altri contesti dell'area sanitaria, allertare il servizio di 118.

Per le cadute del visitatore nelle UU.OO di degenza compilare la scheda di segnalazione cadute visitatore / utente (Allegato 5) in duplice copia; una va inviata alla Direzione Sanitaria di Presidio, che interesserà il Servizio di Prevenzione e Protezione, l'altra al Responsabile del Rischio Clinico. Nel caso di cadute di visitatore / utente in strutture sanitarie territoriali la suddetta scheda (Allegato 5) va compilata in duplice copia: una va inviata al Direttore del Distretto / Dipartimento, cui la struttura interessata afferisce, che interesserà il Servizio di Prevenzione e Protezione, l'altra al Responsabile del Rischio Clinico.

LA SEGNALAZIONE DELL' EVENTO

Tutte le cadute devono essere segnalate, indipendentemente dal fatto che abbiano causato o meno un danno al paziente o al visitatore / utente, con l'apposita scheda di segnalazione caduta.

La segnalazione attiverà poi un processo a sé stante, finalizzato all'analisi ed alla prevenzione dei rischi di caduta, con istruttoria tecnico - ambientale e clinica (Allegati 4 e 6).

RESPONSABILITA'

L'adozione della presente procedura nelle varie fasi operative richiede l'impegno e la collaborazione in maniera sistematica da parte di tutto il personale infermieristico, dei Coordinatori, del Direttore di struttura, del personale medico, della Direzione Sanitaria di Presidio, del Risk Manager, del Servizio di Prevenzione e Protezione nel rispetto delle specifiche competenze e ruoli.



FORMAZIONE

L'U.O. di Formazione e Qualità, in collaborazione con il Risk Manager, deve provvedere ad una adeguata formazione degli operatori, che sia in grado di coinvolgere anche i pazienti e i caregivers per una rivalutazione del rischio caduta e la messa in atto di nuove e più efficaci strategie di prevenzione.

MONITORAGGIO E IMPLEMENTAZIONE

Le Direzioni Sanitarie dei Presidi, i Direttori dei Distretti / Dipartimenti e l'U.O. Gestione Rischio Clinico sovrintendono allo sviluppo ed all'implementazione della presente procedura nonché della sussistenza degli indicatori applicabili.

L'applicazione richiede un approccio multidisciplinare delle diverse funzioni aziendali, ai diversi livelli di ruolo e di attività: i Coordinatori Infermieristici ed i Direttori delle strutture provvedono alla corretta attuazione della procedura.

L'U.O. Gestione Rischio Clinico, dopo una fase di prima applicazione, procederà ad un monitoraggio circa la corretta applicazione della stessa.

L'U.O. Gestione Rischio Clinico provvederà a raccogliere eventuali segnalazioni relative a criticità riscontrate nell'applicazione della procedura e ad eventuali richieste motivate di integrazioni o modifiche della stessa.

ALLEGATI:

- ALLEGATO N° 1 SCHEDA VALUTAZIONE RISCHIO CADUTA PAZIENTE (SCHEDA DI CONLEY)
- ALLEGATO N° 2 CHECK-LIST SICUREZZA AMBIENTALE
- ALLEGATO N° 3 SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTA PAZIENTE
- ALLEGATO N° 4 DIAGRAMMA DI FLUSSO CADUTA PAZIENTE
- ALLEGATO N° 5 SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTA VISITATORE / UTENTE
- ALLEGATO N° 6 DIAGRAMMA DI FLUSSO CADUTA VISITATORE / UTENTE



ALLEGATO N° 1 LA SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA DEI PAZIENTI: LA SCHEDA DI CONLEY

U.O.----- SESSO M F

Cognome-----Nome-----data di nascita-----

Prima valutazione

	data	data	data
ASSUME PIU DI 4 FARMACI	SI NO	SI NO	SI NO
DEBOLEZZA ALLE ANCHE	SI NO	SI NO	SI NO
EQUILIBRIO INSTABILE	SI NO	SI NO	SI NO

Se si è risposto si ad almeno una variabile, proseguire con la compilazione della scheda, altrimenti rivalutare ogni 72 ore tranne se cambiano alcune condizioni

SCALA DI CONLEY

Istruzioni: le prime tre domande devono essere rivolte al paziente; se il paziente presenta gravi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere, le domande possono essere rivolte al familiare o al caregiver o all'infermiere. Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita e sommare i valori positivi. La risposta "non so" va considerata come risposta negativa.

	data	data	data
Precedenti cadute (domanda al paz., caregiver, infermiere)	SI NO	SI NO	SI NO
E' caduto negli ultimi tre mesi?	2 0	2 0	2 0
Ha mai avuto vertigini o capogiri?	1 0	1 0	1 0
Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (ultimi tre mesi)	1 0	1 0	1 0
Deterioramento cognitivo (osservazione infermieristica)			
Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base di appoggio, marcia instabile	1 0	1 0	1 0
agitato	2 0	2 0	2 0
Deterioramento della capacità di giudizio/mancanza del senso del pericolo	3 0	3 0	3 0
TOTALE			

Se l'Indice di Conley ≥ 2 paz. a rischio caduta.

In tal caso si procede con la compilazione della seconda parte della Scala di Conley



QUESITI	DATA	DATA	DATA
PATOLOGIE IN CORSO: presenta almeno una delle seguenti patologie: cerebrovascolari, cardiache, neurol/psichiatriche, respiratorie, o ha subito interventi chirurgici maggiori o demolitivi	SI NO	SI NO	SI NO
ALTERAZIONE DEI SENSI presenta deficit della vista tale da compromettere tutte le altre funzioni quotidiane	SI NO	SI NO	SI NO
presenta deficit dell'udito	SI NO	SI NO	SI NO
ELIMINAZIONE Ha necessità di andare in bagno con particolare frequenza (intervalli < 3 ore)	SI NO	SI NO	SI NO
Presenta perdite di urine o feci mentre si reca in bagno	SI NO	SI NO	SI NO
MOBILITA' (sono possibili più risposte) ↓ cammina con stampelle/bastone/deambulatore	SI NO	SI NO	SI NO
↓ si sposta utilizzando la sedia a rotelle	SI NO	SI NO	SI NO
↓ cammina senza ausili aggrappandosi agli arredi	SI NO	SI NO	SI NO
↓ cammina con uno dei seguenti presidi: asta, drenaggio, busta urine	SI NO	SI NO	SI NO
↓ necessita di assistenza negli spostamenti	SI NO	SI NO	SI NO
↓ ha difficoltà a muoversi nel letto	SI NO	SI NO	SI NO
↓ utilizza calzature aperte senza soles antiscivolo	SI NO	SI NO	SI NO
ANDATURA E ATTIVITA' QUOTIDIANE ha difficoltà a mantenersi stabilmente in posizione eretta	SI NO	SI NO	SI NO
ha difficoltà nel compiere le sue attività quotidiane	SI NO	SI NO	SI NO
cammina a testa bassa? (trascinando i piedi)	SI NO	SI NO	SI NO
STATO MENTALE e' disorientato e/o confuso	SI NO	SI NO	SI NO
TERAPIA FARMACOLOGICA assume psicofarmaci	SI NO	SI NO	SI NO
assume uno o più dei seguenti farmaci: ↓ vasodilatatori usati nelle malattie cardiache	SI NO	SI NO	SI NO
↓ antipertensivi	SI NO	SI NO	SI NO
↓ diuretici	SI NO	SI NO	SI NO
↓ antistaminici	SI NO	SI NO	SI NO
↓ antidolorifici	SI NO	SI NO	SI NO
CONTENZIONE fisica	SI NO	SI NO	SI NO
farmacologica	SI NO	SI NO	SI NO

FIRMA DEL VALUTATORE-----



ALLEGATO 2 CHECK LIST PROCEDURA CONTROLLO SICUREZZA AMBIENTALE

U.O. _____ DATA _____

<p>PAVIMENTI:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊥ scivolosi ⊥ presenza di dislivelli ⊥ presenza di ostacoli ⊥ presenza di cartello di pericolo durante le operazioni di lavaggio 	<p>SI NO SI NO SI NO SI NO</p>	
<p>CORRIDOI</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊥ corrimano ⊥ illuminazione diurna/notturna che permetta una buona visione, ⊥ assenza di ostacoli (mobili ingombranti, ausili...), ⊥ larghezza che permette di muoversi agevolmente 	<p>SI NO SI NO SI NO SI NO</p>	
<p>SCALE:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊥ corrimano preferibilmente sui due lati o almeno da un lato ⊥ gradini dotati di antiscivolo 	<p>SI NO SI NO</p>	
<p>BASTONI/STAMPALLE/TRIPODI: regolabili in altezza</p>	<p>SI NO</p>	
<p>DEAMBULATORI:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊥ bassi o alti secondo il caso ⊥ poco ingombranti 	<p>SI NO SI NO</p>	
<p>SEDIA A ROTELLE:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊥ ruote posteriori grandi e schienale inclinabile ⊥ possibilità di inserimento tavola per il pasto ⊥ freni/ruote efficienti e agevolmente comandati ⊥ braccioli removibili ⊥ poggiatesta funzionanti ed estraibili ⊥ buona manovrabilità ⊥ sistema di ancoraggio con cinture 	<p>SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO</p>	



ASTA PER FLEBO: ↓ integrata col letto ↓ base stabile ↓ ruote efficienti ↓ regolabile in altezza	SI NO SI NO SI NO SI NO	
BARELLE: ↓ regolabili in altezza ↓ sponde di sicurezza ↓ ruote/freni efficienti	SI NO SI NO SI NO	
AUSILI PER LA MOVIMENTAZIONE DEI PAZIENTI: ↓ sollevatori elettrici ↓ tutori per evitare l'atteggiamento flessio arti inferiori ↓ tavole di trasferimento rigide ↓ teli di trasferimento per passaggi laterali ↓ cuscini sagomati per posizionamento paziente ↓ trapezio ai letti (o sistema elettrico) ↓ ausili in numero sufficiente ed efficienti	SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO	
CAMERE: ↓ dimensione minima rispettata ↓ apertura porta verso l'esterno ↓ illuminazione diurna/notturna sufficiente ↓ interruttori accessibili e visibili al buio ↓ luci personali sulla testata del letto ↓ luci notturne percorso camera/bagno ↓ mobilio stabile ed ordinato ↓ sedia comoda ↓ assenza di tappeti ↓ pavimenti asciutti e senza cera ↓ assenza di spigoli sporgenti ↓ assenza di fili elettrici malposizionati ↓ maniglioni che servono per la deambulazione del paziente LETTI: ↓ elettrici regolabili in altezza (o con sistema a pedale) ↓ possibilità di inserire sponde o semisponde	SI NO SI NO	



↓ possibili ausili per il paziente per girarsi		
POLTRONE: reclinabili e allungabili	SI NO	
COMODINO: ↓ presenza di tavolo servitore ↓ piano di appoggio adeguato, regolabile in altezza e girevole ↓ ruote/freni efficienti	SI NO SI NO SI NO	
BAGNI: ↓ dimensione minima rispettata con spazi adeguati all'ingresso e alle manovre della carrozzina ↓ apertura della porta verso l'esterno ↓ interruttori accessibili e visibili al buio ↓ illuminazione diurna/notturna adeguata ↓ specchi accessibili a chi è seduto ↓ doccia/vasca con dotazione di ausili ↓ doccia con piano-sedile inclinato antiscivolo ↓ campanelli di chiamata raggiungibili dalla doccia e dai sanitari ↓ water adattabili in altezza (o con ausili inseribili) ↓ alza- water e maniglioni ribaltabili ↓ rubinetti con leve lunghe x facilitare l'apertura e la chiusura ↓ tappetini antiscivolo sicuri (ad. es. con sistema di fissaggio)	SI NO SI NO	

Infermiere Coordinatore

Direttore U.O.



ALLEGATO N° 3 SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTA PAZIENTE

Sezione a compilazione infermieristica

U.O. -----DATA-----

COGNOME-----NOME-----DATA DI NASCITA-----

DATA RICOVERO-----DATA EVENTO CADUTA-----ORA CADUTA-----

SCHEDA VALUTAZIONE RISCHIO CADUTA PRESENTE ASSENTE

ADOZIONE ACCORGIMENTI PREVENZIONE RISCHIO CADUTA? SI NO

SPECIFICARE-----

PRECEDENTI CADUTE IN ALTRI RICOVERI SI NO I caduta II caduta più cadute

PERSONE PRESENTI ALLA CADUTA

NESSUNO/IL PAZIENTE ERA SOLO ALTRI PAZIENTI PERSONALE SANITARIO

FAMILIARI ALTRI------

IL PAZIENTE E' IN GRADO DI FORNIRE DESCRIZIONE CIRCA LA DINAMICA DELLA CADUTA?

SI NO NON RICORDA CONFUSO

LUOGO DELLA CADUTA

CORRIDOIO BAGNO LETTO STANZA SPAZI ESTERNI SCALE ALTRO -----

PAVIMENTO BAGNATO/SCIVOLOSO S I NO NON SI SA

ILLUMINAZIONE BUONA SCARSA ASSENTE

MODALITA' DELLA CADUTA : CADUTA DA

POSIZIONE ERETTA SEDUTO DALLA CARROZZINA

DALLA SEDIA/POLTRONA DALLA BARELLA ALTRO

DAL LETTO CON SPONDINE SENZA SPONDINE

TIPO DI CALZATURA

CHIUSE APERTE CALZINI PIEDI NUDI

MECCANISMO DELLA CADUTA DINAMICA DELL'EVENTO E/O ATTIVITÀ CHE LA PERSONA STAVA SVOLGENDO

INCIAMPATO SCIVOLATO PERDITA DI FORZA/CEDIMENTO PERDITA DI EQUILIBRIO

PERDITA DI COSCIENZA CAPOGIRO / SVENIMENTO NON RILEVABILE

CAMMINAVA: VERSO O DAL BAGNO IN STANZA IN CORRIDOIO

SCENDEVA DAL LETTO SALIVA SUL LETTO

SI STAVA ALZANDO O SEDENDO DALLA SEDIA / POLTRONA / CARROZZINA / COMODA

SI STAVA TRASFERENDO DAL LETTO ALLA SEDIA O VICEVERSA

STAVA UTILIZZANDO LA TOILETTE

STAVA EFFETTUANDO L'IGIENE PERSONALE

SI STAVA VESTENDO O SVESTENDO

STAVA RAGGIUNGENDO UN OGGETTO

STAVA RAGGIUNGENDO IL CAMPANELLO DI CHIAMATA

STAVA DORMENDO E/O CAMBIANDO POSIZIONE A LETTO

ASPETTAVA IN BARELLA

NON RILEVABILE ALTRO

Firma Infermiere-----



SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTA PAZIENTE

Sezione a compilazione medica

Cognome-----nome-----

Data nascita-----

Conseguenze visibili della caduta

Con danno senza danno

Sede del danno-----

Tipo di danno

Escoriazione

Contusione

Ematoma

Ferita

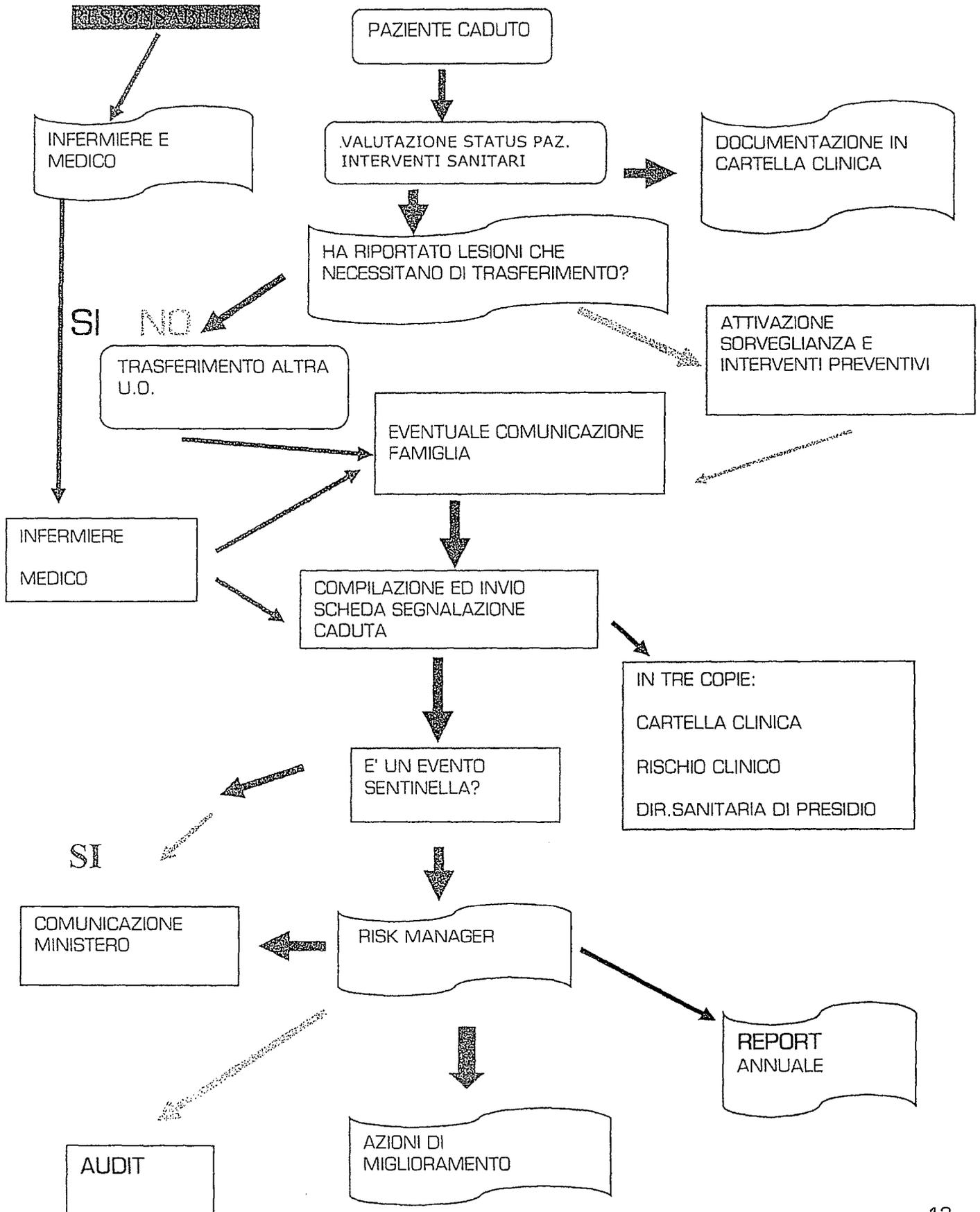
Altro

Note-----

Data-----

Firma Medico

ALLEGATO N° 4 *DIAGRAMMA DI FLUSSO PAZIENTE CADUTO*



ALLEGATO N° 5 SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTA VISITATORE/UTENTE

cognome----- nome-----
nato/a il-----a-----
residente-----
data evento-----ora-----luogo evento-----

Compilazione obbligatoria ai fini dell'accertamento di una eventuale responsabilità aziendale, a cura dell'infortunato

descrizione evento-----

circostanze-----

cause-----

testimone/i presenti (dati anagrafici) -----

data----- firma dell' infortunato

Firma testimoni

descrizione interventi del medico del pronto soccorso: riportare le notizie anamnestiche relative all'evento, le riferite cause dirette e indirette, informazioni cliniche/diagnostiche/terapeutiche e prognostiche

data-----ora----- FIRMA DEL MEDICO DI P.S.

descrizione interventi del medico U.O. o luogo sede dell'evento caduta: informazione circa eventuali cure prestate sul luogo dell'evento, notizie anamnestiche relative all'evento, ogni altro elemento di interesse

Data-----ora----- Medico soccorritore



ALLEGATO N° 6 DIAGRAMMA DI FLUSSO VISITATORE/UTENTE CADUTO

