**SCHEDA DI SEGNALAZIONE CADUTE CON ESITO Allegato 6**

La presente scheda di segnalazione caduta deve essere utilizzata **esclusivamente per comunicare la caduta con esito**,

deve essere inviata tempestivamente (entro 12 ore dall’evento), all’U.O. Qualità - funzione Rischio Clinico tramite fax (091/7032089) o email (rischioclinico@asppalermo.org).

La presente **Scheda di Segnalazione Cadute** deve essere compilata sollecitamente dal personale sanitario in servizio al momento dell’evento, raccogliendo informazioni esaurienti e avvalendosi, per la descrizione della dinamica della caduta, del racconto del paziente e/o di altre persone che abbiano assistito all’accaduto.

E’ necessario precisare gli esiti provocati della caduta (se non sono presenti esiti occorre utilizzare l’apposita scheda per near miss (Allegato 5).

Nel caso in cui il paziente sia stato inviato in PS o sottoposto a esami clinici o strumentali e/o a consulenza specialistica, il paziente è avviato a **follow-up** e dovrà essere compilata la parte relativa della scheda che dovrà essere inviata quando è terminato l’iter diagnostico e comunque non oltre 3 giorni dall’evento.

**INFORMAZIONI SULLA STRUTTURA**

**PO/RSA/altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ U.O.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**N. cartella clinica\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data del ricovero\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data evento \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Ora evento\_\_\_\_\_/\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L’evento è stato riportato in cartella o altra documentazione clinica:** |  | SI |  | NO |

**INFORMAZIONI SULL’UTENTE**

**Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Paziente deambulante:** |  | SI |  | NO |  | **Paziente con demenza:** |  | SI |  | NO |

**Principali patologie da cui è affetto il paziente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Terapia farmacologica in atto:**   | Sedativi del SNC  |  | Antistaminici |  |  Antianginosi |  |  Antidolorifici  |  | Lassativi |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Diuretici |  | Antiaritmici  |  | Alfa-litici |  | Antipertensivi |  | Ipoglicemizzanti |  | Psicofarmaci |

Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Il paziente assume più di 4 farmaci?**   |  | SI |  |  NO |  | **Il paziente è in terapia endovenosa?**  |  | SI |  | NO |

**INFORMAZIONI SULL’EVENTO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Luogo della caduta:**  | stanza  |  | bagno  |  | scale  |  | corridoio  |  | ambulatorio  |  | esterno |  | altro: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Modalità della caduta:**  |  | caduto da posizione eretta |  | caduto da seduto |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Se caduto da letto/barella:  |  | con spondine |  |  | senza spondine |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Precedenti cadute durante l’attuale ricovero:**  |  |  | nessuna  |  |  | 2° caduta  |  |  | più di 2 cadute |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Meccanismo della caduta** | inciampato  |  | scivolato |  | perdita di forza/cedimento |  | perdita di coscienza |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| perdita di equilibrio |  | capogiro / svenimento |  | spinto o urtato |  | altro: |  |  |

**Definire la dinamica dell’evento e/o l’ attività che la persona stava svolgendo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Testimoni presenti alla caduta:** | nessuno |  | altri pazienti  |  | familiari  |  | personale sanitario  |  altro |  |

**Il paziente è in grado di fornire informazioni sulla caduta?** SI NO (demenza) NO (non ricorda)

|  |  |
| --- | --- |
| **Sede del danno:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo di danno:**  |  | escoriazione  |  | contusione  |  | ematoma  |  | ferita |  | trauma cranico |  | sospetta frattura |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Trattamenti terapeutici effettuati a breve termine:**  | sutura  |  | steristrips |  | medicazione  |  altro |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Provvedimenti presi(1):**  |  | visita medica |  | chiamato 118 |  | invio in PS  |  | RX |  | TAC |  | altro: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| richiesta visita specialistica: |  |  | trasferimento altro reparto/struttura: |  |

 **(1) *se è stato preso uno o più di questi provvedimenti, oltre la visita medica, deve essere successivamente trasmessa (entro 3 giorni) la parte sottostante (follow-up) con l’esito della visita e/o degli esami eseguiti (vedi sotto)***

**INFORMAZIONI SUL COMPILATORE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome e cognome del compilatore** |  | **Profilo professionale** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data della segnalazione** |  | **Firma** |  |

**FOLLOW-UP**

 ***(da compilare solo dopo i risultati degli esami/consulenze, ma entro 3 giorni dalla caduta)***

|  |  |
| --- | --- |
| **Paziente inviato in PS** | **Conclusioni diagnostiche:**  |
| **Esito esami strumentali**  | **Sintesi del referto:**  |
| **Trasferimento in altro reparto** | **Reparto che ha ricoverato il paziente:** **Il paziente è tuttora ricoverato?**  SI NO |
| **Data compilazione del****follow-up:** | **Firma:**  |

**FACOLTATIVO -** NOTE E COMMENTI DEL MEDICO DI REPARTO DOVE SI È VERIFICATO L’EVENTO:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quali fattori avrebbero potuto prevenire l’evento? (verifica attrezzature, migliore comunicazione, sorveglianza ecc.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Data compilazione:**  | **Firma del medico:**  |