**SCHEDA DI SEGNALAZIONE CADUTE SENZA ESITO (*NEAR MISS*) Allegato 5**

La presente scheda di segnalazione caduta deve essere utilizzata **esclusivamente per comunicare la caduta senza esito,** deve essere inviata entro 3 giorni 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 in tutte le sue parti dal personale sanitario in servizio al momento dell’evento e deve contenere una dettagliata descrizione dello stesso, raccogliendo informazioni esaurienti.

Nel caso in cui successivamente, a seguito di ulteriori accertamenti o rivalutazione del paziente, dovessero comparire degli esiti a seguito della caduta, dovrà essere inviata l’apposita scheda (allegato n. 6).

La presente scheda può essere compilata anche in anonimato.

**INFORMAZIONI SULLA STRUTTURA**

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

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

**INFORMAZIONI SULL’UTENTE**

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **caduto dal letto/barella**:  |  | con spondine |  |  | senza spondine |

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

**Definire la dinamica dell’evento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INFORMAZIONI SUL COMPILATORE *(facoltativo)***

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

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