

Caduta dell'ospite _____

Data ____/____/____

Orario _____

L'evento caduta è avvenuto in:

- | | | |
|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soggiorno di nucleo | <input type="checkbox"/> Corridoio piano terra | <input type="checkbox"/> Palestra |
| <input type="checkbox"/> Corridoio di nucleo | <input type="checkbox"/> Soggiorno piano terra | <input type="checkbox"/> Altro |
| <input type="checkbox"/> Bagno del soggiorno | <input type="checkbox"/> Bagno | _____ |
| <input type="checkbox"/> Camera da letto | <input type="checkbox"/> Scale | _____ |

Attività dell'ospite prima della caduta:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dato non disponibile | <input type="checkbox"/> Si sdraiava nel letto | <input type="checkbox"/> Scendeva le scale |
| <input type="checkbox"/> Era fermo in piedi | <input type="checkbox"/> Si alzava dalla poltrona | <input type="checkbox"/> Camminava al piano |
| <input type="checkbox"/> Era seduto | <input type="checkbox"/> Si sedeva in poltrona | |
| <input type="checkbox"/> Si alzava dal letto | <input type="checkbox"/> Saliva le scale | |

Fattori associati alla caduta:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dato non disponibile | <input type="checkbox"/> È scivolato | <input type="checkbox"/> Spinta da parte di altri ospiti |
| <input type="checkbox"/> È inciampato in ostacoli quali _____ | <input type="checkbox"/> Si è alzato rapidamente | |
| | <input type="checkbox"/> Durante le fasi assistenziali | |
| | <input type="checkbox"/> Perdita di equilibrio | |

Direzione della caduta:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dato non disponibile | <input type="checkbox"/> Caduta in dietro |
| <input type="checkbox"/> Caduta in avanti | <input type="checkbox"/> Caduta di lato |

Appena prima di cadere l'ospite ha avvertito qualche disturbo:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dato non disponibile | <input type="checkbox"/> Difficoltà a respirare | <input type="checkbox"/> Improvvisa debolezza alle gambe |
| <input type="checkbox"/> Sensazione di stordimento | <input type="checkbox"/> Visione offuscata | <input type="checkbox"/> Altro |
| <input type="checkbox"/> Vertigine | <input type="checkbox"/> Parola impacciata | _____ |
| <input type="checkbox"/> Dolore al petto | <input type="checkbox"/> Difficoltà ad esprimersi | <input type="checkbox"/> Nessun disturbo |
| <input type="checkbox"/> Palpitazioni | <input type="checkbox"/> Debolezza in parte del corpo | |

Dopo la caduta l'ospite:

- | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> ha perso conoscenza | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> dato no disponibile |
| <input checked="" type="checkbox"/> ha avuto incontinenza urinaria o fecale | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> dato no disponibile |
| <input checked="" type="checkbox"/> si è rialzato da solo | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> dato no disponibile |
| <input checked="" type="checkbox"/> sa cosa è accaduto | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> dato no disponibile |

Complicazioni immediate derivate dalla caduta:

- ✓ ha battuto la testa si no
- ✓ presenta ferite sanguinanti si no
- ✓ lamenta dolori in parti del corpo si no se si dove _____
- ✓ lamenta nausea si no se si dove _____
- ✓ presenta vomito si no
- ✓ presenta stato confusionale (non presente prima della caduta) si no
- ✓ presenta vertigini, capogiri si no
- ✓ nessuna complicazione immediata

Se nell'orario della caduta è presente l'infermiere:

- ✓ rilevazione PA ____/____ mmHg
- ✓ rilevazione polso ____ b/m'
- ✓ respirazione eupnea dispnea
- ✓ glicemia ____mg/dl

E' avvenuto qualche evento acuto nell'ultima settimana (a cura dell'I.P. o del medico):

(febbre, stato confusionale, cambio di stanza, nuovi farmaci, sedativi)

- ✓ Si quale _____
- ✓ no
- ✓ dato non disponibile

Interventi effettuati dal personale presente, dopo la caduta:

- ✓ è stato avvisato il medico si no
- ✓ posizionato ghiaccio nella sede di contusione si no
- ✓ effettuata medicazione nella sede di ferita si no

Firma ASA _____

Firma ASA _____

Firma I.P. _____

Eventuali testimoni _____

Qualifica _____

Qualifica _____

eventuali fattori di rischio individuali (a cura del medico):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> demenza | <input type="checkbox"/> esiti di ictus | <input type="checkbox"/> diabete mellito |
| <input type="checkbox"/> stato confusionale transitorio | <input type="checkbox"/> patologia extrapiramidale | <input type="checkbox"/> altro _____ |
| <input type="checkbox"/> turbe della deambulazione di origine osteo-artro-muscolare | <input type="checkbox"/> epilessia | |
| | <input type="checkbox"/> cardiopatia | |
| | <input type="checkbox"/> ipotensione ortostatica | |

Terapia farmacologica in atto (a cura del medico):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> benzodiazepine _____ | <input type="checkbox"/> antidepressivi _____ |
| <input type="checkbox"/> diuretici _____ | <input type="checkbox"/> ipotensivi _____ |
| <input type="checkbox"/> neurolettici _____ | <input type="checkbox"/> altri cardiovascolari _____ |
| <input type="checkbox"/> ipnoinducenti _____ | <input type="checkbox"/> altri _____ |

Causa presunta della caduta (a cura del medico):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> accidentale _____ | <input type="checkbox"/> organica _____ |
| <input type="checkbox"/> ambientale _____ | <input type="checkbox"/> mista _____ |

Ulteriori approfondimenti diagnostici:

- | | |
|---|---|
| ✓ prognosi se rimane in struttura _____ | |
| ✓ è stato necessario l'invio in PS per accertamenti | <input type="checkbox"/> si |
| ✓ prognosi del PS _____ | <input type="checkbox"/> no |
| ✓ è stato predisposto ricovero ospedaliero | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |

Risultanze dal ricovero ospedaliero:

- | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------|
| ✓ diagnosi di frattura ossea | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | sede _____ |
| ✓ posizionamento di punti di sutura | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | sede _____ |
| ✓ periodo di osservazione | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | |
| ✓ decesso | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | |
| ✓ altro _____ | | | |

Firma e timbro del medico della RSA (a conclusione dell'iter di monitoraggio e diagnostico)

