

UNITÀ GESTIONE RISCHIO CLINICO**Procedura****“Prevenzione delle cadute in paziente ospedalizzato”**

REV	DATA	REDATTO	VALIDATO	APPROVATO

PREVENZIONE CADUTA PAZIENTI**1.PREMESSA**

Le cadute dei pazienti ricoverati in ospedale rappresentano un evento che provoca danni più o meno gravi ai pazienti (dalle semplici contusioni ed escoriazioni fino alla morte – anche se fortunatamente in casi molto rari) e che entro certi limiti può essere evitato. Infatti, da una caduta accidentale possono originare spesso spiacevoli conseguenze per il paziente e la sua famiglia, per i sanitari nonché per l’Azienda stessa, con aumento dei costi e del contenzioso.

Le cadute ospedaliere sono eventi avversi spesso prevenibili e che frequentemente portano a conseguenze fisiche – quali traumi e fratture- e psicologiche, che comportano nei pazienti anziani la riduzione fino al 30% della qualità della vita. In alcuni casi possono anche determinare la morte dei pazienti.

2.OBIETTIVO

Migliorare la sorveglianza e il monitoraggio del fenomeno “cadute” nei pazienti ricoverati

Per tentare di evitare le cadute è importante individuare quali sono i pazienti a rischio, per poter applicare interventi mirati di tipo preventivo. Tale intervento deve essere accompagnato dall’introduzione di una verifica dei requisiti di sicurezza di ambienti e presidi mediante una checklist di valutazione.

3.AMBITI DI APPLICAZIONE

Tale procedura deve essere utilizzata in tutte le degenze ospedaliere ed i servizi di diagnosi in cui stazionano pazienti a rischio. In letteratura si trovano diversi strumenti di valutazione, con punteggi che permettono di esprimere se il paziente è più o meno a rischio di cadere sulla base della valutazione di una serie di variabili.

E’ stata pertanto istituita in fase sperimentale dal Gruppo Unità Rischio Clinico un scheda di valutazione dei pazienti a rischio di caduta in fase di ricovero in ospedale (allegato 1), utile per definire i fattori di rischio, gli strumenti di valutazione, gli interventi e la valutazione degli esiti

4. I FATTORI DI RISCHIO

Dalla letteratura esaminata risulta che le cadute hanno un’eziologia multifattoriale.

“Sono stati descritti più di 400 separati fattori di rischio.” Secondo l’OMS i fattori di rischio si possono suddividere in due categorie:

A. fattori intrinseci al paziente**B. fattori estrinseci relativi all’ambiente e alle attrezzature****A. fattori intrinseci al paziente**

- **anamnesi di precedenti cadute** e/o ricovero causato da una caduta
- **età avanzata**; l’incidenza delle cadute aumenta all’aumentare dell’età
- **farmaci assunti**; secondo l’OMS le benzodiazepine sono associate con un aumento fino al 44% di rischio di frattura di femore e caduta nelle ore notturne. Aumento significativo del rischio anche per farmaci psicotropi, antiaritmici, digossina, diuretici e sedativi. Il rischio aumenta significativamente se una “*persona assume più di 4 farmaci indipendentemente dal tipo. L’utilizzo di 4 o più farmaci è associato con un rischio di nove volte maggiore di alterazione cognitiva e paura di cadere*”.
- **Patologie**: circolatorie, polmonari croniche-ostruttive, depressione e artriti sono associate ad un aumentato rischio. L’incontinenza è anche frequentemente presente nelle persone che cadono

- **Ridotta mobilità e alterata andatura;** la debolezza muscolare è un fattore di rischio così come il deficit nell'andatura e nell'equilibrio; la difficoltà nell'alzarsi da una sedia è anche associata ad un aumento del rischio
- **Abitudini di vita sedentarie;** esse determinano, in una sorta di circolo vizioso, riduzione della forza e indebolimento muscolare che si somma a quello, di per sé fisiologico, legato all'invecchiamento
- **Stato psicologico – paura di cadere;** secondo l'OMS il 70% delle persone che sono cadute recentemente e circa il 40% di coloro che non riferiscono recenti cadute dichiarano di aver paura di cadere. La ridotta attività fisica e funzionale è associata alla paura e all'ansia di cadere. Si instaura un circolo vizioso per cui la persona, a causa della paura, tende a muoversi di meno con conseguenti danni da riduzione della mobilità e aumentato rischio di cadere.
- **Deficit nutrizionale;** un indice di massa corporea al di sotto della norma è associato con un aumentato rischio di caduta. La carenza di Vitamina D è particolarmente comune negli anziani istituzionalizzati e può portare ad alterazioni dell'andatura, debolezza muscolare e osteoporosi.
- **Deficit cognitivo;** anche a livello modesto è associato ad un rischio aumentato di caduta. I residenti nelle RSA affetti da demenza cadono il doppio di quelli senza deficit cognitivi
- **Problemi di vista;** acuità, sensibilità al contrasto, campo visivo, cataratta, glaucoma sono fattori contribuenti al rischio di caduta così come le lenti bifocali o multifocali
- **Problemi ai piedi;** calli, deformità, ulcere, problemi alle unghie e dolore durante il cammino aumentano le difficoltà di equilibrio e il rischio di caduta. Le calzature adeguate sono fattori altrettanto importanti.

B. Fattori estrinseci relativi all'ambiente e alle attrezzature

In ambiente ospedaliero occorre considerare:

- **Pavimenti** (scivolosi, dislivelli, bagnati / presenza di cartelli durante il lavaggio)
- **Corridoi** (corrimano, larghezza, presenza di arredi ingombranti...)
- **Scale** (corrimano, gradini con materiale antiscivolo)
- **Camere di degenza e bagni** (dimensione minima a norma, apertura porta verso l'esterno, luci diurne e notturne adeguate, interruttori visibili al buio, maniglie doccia/vasca, WC rialzabile)
- **Letti** (altezza regolabile, spondine rimovibili e adattabili in altezza, campanello di chiamata raggiungibile, ruote e freni funzionanti)
- **Carrozine** (braccioli e poggiatesta estraibili o reclinabili/ripiegabili, buona manovrabilità, ruote con freni agevolmente comandati, larghezza <70 cm, schienale basso – max cm 95 da terra)
- **Ausili per la deambulazione** adeguati

Il modello di Robbin (riportato nel documento dell'OMS) considera solo tre fattori:

- assunzione di più di 4 farmaci
- debolezza alle anche
- equilibrio instabile

ed evidenzia un rischio del 12% di cadere in persone che non hanno nessuno di questi fattori di rischio fino al 100% in coloro che presentano tutti i tre fattori.

Nella revisione sistematica di Oliver (autore della scala di rischio Stratify), i fattori di rischio più significativi nei pazienti ospedalizzati sono:

- cammino / andatura instabile
- confusione / agitazione
- incontinenza o necessità di usare frequentemente la toilette
- anamnesi di precedenti cadute
- assunzione di farmaci sedativi o pastiglie per dormire

5. AZIONI

Tenuto conto che i tipi di caduta sono generalmente di tre tipi:

- Cadute prevedibili; cadute che accadono in pazienti che sono al alto rischio di caduta.

- Cadute non prevedibili: cadute che non possono essere previste a priori prima della loro comparsa.
- Cadute accidentali: la caduta può essere attribuita a fattori ambientali o a fatalità, gli interventi di prevenzione devono tener conto del fatto che le cadute hanno un'eziologia multifattoriale e complessa e pertanto il messaggio principale che emerge da tutta la letteratura esaminata è che *“interventi multifattoriali mirati sono più efficaci rispetto ad interventi volti a modificare un singolo fattore di rischio”* Gli approcci alla prevenzione delle cadute devono essere personalizzati /individualizzati in quanto ogni paziente presenta fattori di rischio differenziati e interagenti. Si raccomanda una valutazione multidimensionale per cui è stata istituita una scheda di valutazione, sulla base di scale già in uso, che in fase sperimentale, non contiene punteggi, con lo scopo di individuare tutti i pazienti a potenziale rischio. In un secondo momento sulla scorta dei dati registrati nelle Unità in cui verrà sperimentata, si valuterà la necessità di attribuire dei punteggi come nelle scale di Conley e di Stratify.

Norme generali di prevenzione delle cadute

- 1) **Conoscere quali pazienti sono a rischio di cadere.**
- 2) **Disporre di un programma per la prevenzione delle cadute.**
- 3) **Aumentare la consapevolezza dello staff su tutti i fattori di rischio e le strategie potenziali di prevenzione.**
- 4) **Valutare l'efficacia del programma**

Interventi da attuare ai fini di prevenire le cadute in ambito ospedaliero

1) La valutazione del degente:

- Al momento dell'ammissione in reparto ed in presenza di persone anziane e/o confuse, in periodo post operatorio od anziani ai quali sono stati prescritti sedativi-analgesici.

2) Problemi legati all'ambiente:

- diminuire i rischi ambientali, ostacoli, disordine;
- accendere le luci notturne vicino al letto e in bagno;
- rendere stabili i letti e mobilio ad essi vicino;
- disporre di barre a cui aggrapparsi vicino al water.

3) problemi legati all'organizzazione:

- porre i pazienti con urgenze evacuative vicino al bagno;
- controllare i pazienti che assumono lassativi e/o diuretici;

- portare in bagno i pazienti a rischio, ad intervalli regolari;
- istruire i pazienti maschi soggetti a vertigini ad urinare da seduti;

4) Problemi legati all'assunzione di farmaci:

- controllare pazienti che assumono lassativi/diuretici;
- limitare le associazioni di farmaci, quando possibile (es. sedativi, analgesici ecc...)

Farmaci che pongono a rischio di cadute il paziente sono: sedativi del SNC (barbiturici, sedativi ipnotici, alcool, antidepressivi triciclici, antipsicotici, antiparkinsoniani, analgesici, tranquillanti, anticonvulsivanti), Cardiovascolari (diuretici, anti-ipertensivi, antiaritmici, vasodilatatori, glucosidi cardiocinetici), Lassativi (tutti i tipi).

5) Problemi legati alla mobilità e al riposo:

- usare calzature con soles non scivolose;
- controllare la deambulazione, l'equilibrio, l'affaticamento durante la mobilizzazione;
- aiutare la persona ad alzarsi, sedersi e stabilizzare il corpo da un lato all'altro, per stimolare i meccanismi di equilibrio;
- istruire i pazienti ad alto rischio durante i trasferimenti;
- aiutare il paziente a deambulare ad intervalli regolari, anche ricorrendo ai familiari
- ove necessario, coinvolgere il personale della riabilitazione, se il paziente è ad elevato rischio cadute.
- mantenere il letto in posizione bassa;
- assicurare che i freni del letto siano bloccati;
- se appropriato utilizzare sponde;
- utilizzare sponde lunghe la metà del letto, per ridurre il bisogno di scavalcare per alzarsi;
- invitare il paziente ad urinare subito prima del riposo a letto notturno;

7) Problemi legati ai trasferimenti con sedie e carrozzine:

- utilizzare, ove necessario, cinture di sicurezza nelle sedie e carrozzine;
- utilizzare sistemi per evitare scivolamento del paziente;
- selezionare sedie che abbiano braccioli e che siano ad altezza appropriata per sedersi ed alzarsi.

8) Vari:

- insegnare l'uso del campanello ed assicurarsi che sia raggiungibile dal paziente;
- coinvolgere la famiglia del paziente;
- consentire l'accesso dei famigliari 24h su 24h, per favorire il supporto familiare;
- Educare il paziente e la famiglia sulla problematica;

Lo scopo è di prevenire e ridurre le cadute, chiedendo a tutti gli operatori sanitari di attuare degli interventi ben precisi:

- Interventi informativi all'ingresso del paziente : mostrare alla persona la stanza di degenza, il bagno , il reparto, come si suona il campanello , spiegare al paziente ad alto rischio di informare il personale ogni volta che si reca in bagno o si allontana dal reparto.
- Interventi infermieristici : favorire la presenza dei familiari, collocare il paziente a rischio di caduta vicino al bagno, accompagnare i pazienti deambulanti a rischio in bagno o in tutte quelle pratiche assistenziali e diagnostiche che richiedono movimentazione dei pazienti.
- Interventi ambientali: assicurare l'ordine, evitando di lasciare oggetti sul pavimento , laddove potrebbero costituire inciampo per i pazienti; garantire una adeguata illuminazione per aumentare la visibilità soprattutto durante la notte vicino al letto ed al bagno.

Da tener presente che:

- *l'attribuzione di punteggi di rischio di caduta non è un aspetto essenziale della politica di prevenzione delle cadute*
- *una verifica diretta che identifichi e tratti fattori di rischio modificabili è maggiormente efficace*
- *anche il miglior strumento sottostimerà o sovrastimerà il rischio / previsione di caduta*
- *qualsiasi strumento si utilizzi è necessario testarlo nello specifico contesto di cura*
- *se si utilizzano strumenti di identificazione pazienti a rischio, è comunque necessaria una seconda valutazione durante la degenza se lunga per individuare fattori di rischio modificabili.*

La scheda adottata prevede una registrazione dei dati ed elaborazione di questi al fine di avere dei dati statistici utili ad apportare interventi migliorativi strutturali e organizzativi che determinino un contenimento del rischio cadute.

Sarà cura dei Medici, durante l'anamnesi al ricovero intervistare tutti i pazienti a potenziale rischio, del personale di assistenza registrare tutti gli eventi sentinella e near miss e del Capo Sala trasmettere ogni 2 mesi (allegato 2) i report in Direzione Sanitaria. In caso di Evento avverso o near miss dovrà pervenire segnalazione utilizzando la scheda di incident reporting già in uso (allegato 3).

I report verranno discussi periodicamente con i referenti del Rischio delle Unità Operative interessate, al fine di valutare la validità della scheda ed eventualmente modificarla.

I report registrati saranno utili nell'adozione degli interventi migliorativi di seguito elencati:

↳ ***P'implementazione di un sistema informativo***

in grado di assicurare la restituzione dei dati ai diversi professionisti, per consentire loro di valutarli e dar luogo, ove e quando necessario, a cambiamenti finalizzati al miglioramento. Un sistema, quindi, che faciliti e non ostacoli i flussi informativi;

↳ ***P'attivazione di interventi formativi*** finalizzati ad accrescere le conoscenze sul tema;

↳ ***P'attuazione di un programma di gestione del rischio:*** i rischi vanno individuati così come le loro cause; gli errori, quantificati, analizzati e prevenuti perché producono cattiva qualità, riduzione della soddisfazione dell'utente, aumento dei costi in termini di impiego di risorse.

↳ ***P'introduzione di uno strumento di predizione del rischio di cadute accidentali.***

L'impiego di uno strumento di valutazione si colloca nell'ottica della personalizzazione dell'assistenza, dell'allocazione mirata delle risorse e del loro efficace ed efficiente utilizzo.

6. LA GESTIONE DEL PAZIENTE CADUTO

Quando si verifica la caduta di un paziente è necessario verificare quanto segue:

- Valutare se la persona ha riportato lesioni prima di mobilizzarla (ferite, traumi cranici, dolori/traumi determinanti fratture)
- Applicare protocollo BLS/D in caso di perdita di coscienza
- Tranquillizzare il paziente/posizionarlo in maniera appropriata e confortevole
- Rilevare i parametri vitali: PA in clino ortostatismo (se possibile)
- Comunicare al medico la caduta del paziente al fine di consentire una tempestiva valutazione clinica
- Predisporre il paziente per eventuali accertamenti diagnostici (RX..)
- Discutere con la persona (in un momento appropriato e se possibile), la percezione dell'esperienza, valutando insieme al personale i fattori che hanno determinato la caduta e l'eventuale intervento su fattori di rischio modificabili
- Informare la famiglia della caduta analizzando insieme i fattori di rischio modificabili e relativi interventi
- Documentare l'evento compilando la scheda di segnalazione
- Sorvegliare la persona caduta per complicanze tardive in caso di trauma cranico, frattura e paziente demente, confuso / disorientato
- Attuare interventi volti ad ridurre i fattori di rischio modificabili in quanto **il paziente caduto è da ritenersi a rischio di ulteriore caduta**

6.1 LA SEGNALAZIONE DELL'EVENTO CADUTA

- **Tutte le cadute devono essere segnalate** sull'apposita scheda (ALLEGATO 3) indipendentemente dal fatto che abbiano causato o meno un danno al paziente. Le segnalazioni sono di estrema utilità all'UGR per apprendere quali fattori di rischio contribuiscono maggiormente al fenomeno e attuare di conseguenza interventi mirati di riduzione del rischio
- Raccogliere informazioni complete avvalendosi per la descrizione della dinamica dei resoconti:
 - del paziente (se possibile)
 - di altro/i pazienti che abbiano assistito alla caduta
 - di qualsiasi altro testimone (parente, personale di altri reparti)
- compilare la *1° sezione scheda* in tutte le sue parti nel più breve lasso di tempo immediatamente successivo all'evento; la compilazione va comunque effettuata dal personale medico e infermieristico presente in turno al momento dell'evento
- compilare la *2° sezione "follow-up"* non appena in possesso dei referti accertamenti diagnostici (Rx, TAC...) nel caso siano stati eseguiti dal paziente
- riportare sulla scheda l'esito dei suddetti referti diagnostici

- scrivere con calligrafia leggibile, se possibile in stampatello
- inviare la scheda in Direzione Sanitaria solo quando anche la 2° sezione "follow-up" è completata
- le Direzioni Sanitarie provvederanno a inviare formalmente, al più presto possibile, ogni denuncia caduta all'u.o. Affari Generali per la denuncia cautelativa di sinistro alla compagnia assicuratrice
- informatizzare i dati contenuti nella scheda; le URC provvederanno ad inserire i dati in apposito software
- analizzare i dati, elaborare report periodici e fornire feedback agli operatori
- individuare interventi mirati di riduzione del rischio in collaborazione con i referenti del rischio delle Unità Operative interessate.

7. MATRICI DI RESPONSABILITA'

L'adozione del suddetto protocollo nelle varie fasi operative deve avvenire in maniera sistematica da parte di tutto il personale coinvolto, nel rispetto delle specifiche competenze e con le seguenti matrici di responsabilità:

Descrizione attività	Direzione sanitaria	Risk manager	Medico	Coordinatore infermieristico	Infermiere
Elaborazione schede e convalida	A	R	/	R	/
Implementazione della scheda	R	/	R	C	C
Compilazione scheda	/	/	R	C	C
Segnalazione al personale paziente a rischio	/	/	/	R	/
Controllo pazienti a rischio	/	/	/	V	R
Inoltro scheda mensile all'unità di rischio	/	V	V	R	/
Intervento paziente caduto	/	/	R	R	R
Segnalazione evento avverso o near miss	/	V	R	R	R
Registrazione dati ed elaborazione file	C	R	C	C	/
Interventi correttivi	V	C	R	R	C
Formazione del personale	A	R	R	R	C

R = responsabile dell'azione

C = collaboratore

A = approvazione

V= verifica

8. CONCLUSIONI

Le cadute dei pazienti sono un problema che richiede priorità di intervento perché:

- Problema di rilevante impatto:
 - importate fattore di morbosità, mortalità, disabilità
- Gravità e gravosità della gestione clinico assistenziale delle cadute
 - Prolungamento degenza
 - Qualità della vita e grado di dipendenza
 - Valenze etiche e giuridiche

- Implicazioni tecnico-organizzative

Questa procedura costituisce un punto di partenza per ridurre la frequenza del fenomeno "cadute" in ospedale e si inserisce nel contesto di un progetto di miglioramento della qualità dell'assistenza che prevede una serie di azioni:

- Sensibilizzazione di tutto il personale addetto all'assistenza sulla necessità di prevenire le cadute dei degenti;
- Diffusione dei dati relativi al fenomeno infortunistico tramite report periodici alle varie UUOO, previa istituzione di scheda di segnalazione di avvenuta caduta o di potenziale evento;
- Individuazione dei soggetti che, per patologie in atto o pregresse o per determinati trattamenti farmacologici, sono da considerare a maggior rischio di caduta;
- Esecuzione di un sopralluogo per rilevare i fattori concausali (clinici e non) non riportati nella scheda di denuncia (disponibilità di presidi anticaduta, illuminazione dell'ambiente, situazione strutturale ecc.)

Quanto sopra in un'ottica di miglioramento continuo della qualità che prevede una revisione periodica dei processi.

In considerazione delle ripercussioni che il fenomeno "cadute" ha sia sulla salute dei degenti che sulla struttura ospedaliera, in termini di aggravio organizzativo ed economico conseguente al prolungamento della degenza, appare quindi necessario attuare uno specifico programma di prevenzione sulle cadute, la cui applicazione in altre realtà ospedaliere ha portato ad importanti miglioramenti.

9. PARAMETRI DI CONTROLLO

Indicatore	STANDARD
Informatizzazione dati contenuti nella scheda	SI
Report periodici UGR (trimestrali o semestrali)	SI
Report annuali da UGR a UU.OO.	SI

10. BIBLIOGRAFIA

- 1) "Valutazione degli strumenti di misura del rischio di cadute dei pazienti" – Paolo Chiari, Daniela Mosci, Sabrina Fontana. Assistenza infermieristica e ricerca, 2002, 21,3:117-124.
- 2) "Stop alla caduta libera!" – Centro studi Evidence Based Nursing , Sant'Orsola Malpighi, Bologna.
- 3) "Suggerimenti di pratica clinica per la prevenzione delle cadute dei pazienti in ospedale", Azienda Ospedaliera di Bologna - Policlinico S. Orsola Malpighi, Redazione di Paolo Chiari, dicembre 2004.
- 4) "Le cadute nell'anziano si possono evitare", Opuscolo dell'Agenzia di Sanità Pubblica – Regione Lazio. <http://www.sigg.it/dascaricare.asp> .
- 5) GRC (Gestione Rischio Clinico) Regione Toscana "La prevenzione delle cadute in ospedale" 2007

SCHEMA PROCEDURA

- 1) *Il Medico* nella compilazione della cartella clinica all'ingresso del paziente compila la scheda allegata
- 2) *Il Coordinatore infermieristico* inserisce la scheda in cartella e allerta il personale in caso di pazienti da monitorizzare
- 3) *Il Coordinatore infermieristico e gli infermieri* attivano tutte le misure necessarie a prevenire un'eventuale caduta
- 4) *Gli infermieri* controllano con particolare attenzione i pazienti a rischio segnalando situazioni a rischio verificatisi
- 5) *Il personale dell'Unità Operativa* segnala eventuali eventi avversi o near miss verificatisi
- 6) *Il personale dell'Unità Operativa* soccorre il paziente seguendo le indicazioni della procedura
- 7) *Il coordinatore infermieristico* invia mensilmente alla Direzione Sanitaria scheda riassuntiva sui pazienti monitorizzati e su eventuali cadute registrate o evitate.
- 8) *Il Risk manager* archivia i dati delle scheda su apposito file
- 9) *Il Risk manager con i referenti del rischio dell'Unità Operativa* discute su eventuali interventi correttivi da attuare nell'Unità Operativa.
- 10) *Il Risk manager* invia annualmente i report ad ogni Unità Operativa.

Allegato 1

STRUMENTO DI VALUTAZIONE RISCHIO CADUTA DI PAZIENTE RICOVERATO

Istruzioni:

domande da rivolgere al paziente o ad un familiare ,infermiere o accompagnatore ,se presenti problemi fisici e cognitivi che impediscano di rispondere.

	Risposte		
	SI	NO	
➤ Paziente ricoverato in seguito a caduta	?	?	
➤ È caduto nel corso degli ultimi tre mesi	?	?	
➤ Necessità di andare in bagno con particolare frequenza (< 3 ore)	?	?	
➤ Ha un calo di vista tale da compromettere le funzioni quotidiane	?	?	
➤ Deterioramento delle capacità di giudizio /mancanza senso del pericolo	?	?	
➤ Se agitato (< attività motoria non finalizzata ed associata ad agitazione ulteriore,incapacità a stare seduto fermo, si tira i vestiti, si muove con irrequietezza,ecc.....)	?	?	
➤ Assume Benzodiazepine e /o psicofarmaci.....	?	?	
➤ Se in grado di spostarsi dalla sedia al letto e viceversa;	con maggiore aiuto ?	con minore aiuto ?	indipendente ?
➤ ALTRO.....			

La risposta "non so" è da considerarsi come risposta negativa

IL MEDICO

Allegato 2

ANNO _____ MESE _____

SCHEDA DI RILEVAZIONE CADUTE PAZIENTI

U.O. _____

N° Pazienti intervistati _____

N° pazienti a rischio caduta _____

N° cadute avvenute _____

MOTIVO _____

N° cadute evitate _____

Tipologie di intervento adottate _____

ALTRO _____

IL CAPO SALA

allegato 3

SCHEDA DI DESCRIZIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE

Cognome: Nome:

Data di nascita: (età) Sesso: M F

Data di ricovero:

Sezione a compilazione infermieristica

Data dell'evento: Ora:

Chi era presente: solo altri pazienti familiari personale sanitario

Altro

Modalità caduta:

caduto dalla posizione eretta caduto da seduto caduto dal letto

Altro

Motivo:

perdita di forza perdita di equilibrio perdita di coscienza inciampato

scivolato con pavimento asciutto scivolato con pavimento bagnato ignoto

Altro

Luogo:

stanza corridoio bagno scale Altro:

Che cosa stava facendo il paziente quando è caduto?

Tipo calzatura: aperta chiusa

L'infermiere

Sezione a compilazione medica

Lesione: tipo

sede

P.A. in clinostatismo e ortostatismo (se possibile)

Accertamenti diagnostici richiesti: TAC RX

Altro

Terapia in atto: sedativi del SNC lassativi diuretici ipotensivanti

Il medico

Timbro del Reparto