

## RSA QuEST - Scheda di Analisi delle cadute in RSA



Ricostruzione dell'evento

<b>SEGNALATORE (professione)</b>	<input type="checkbox"/> MMG	<input type="checkbox"/> Educatore professionale	<input type="checkbox"/> Consulente/medico strutturato	
	<input type="checkbox"/> Infermiere	<input type="checkbox"/> Familiare	<input type="checkbox"/> OTA/OSS	<input type="checkbox"/> Fisioterapista
Data di segnalazione	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ospite	<input type="checkbox"/> Visitatore*	<input type="checkbox"/> *compilare solo descrizione evento
			(Tipo ospite)	
<b>CODICE RSA</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>CODICE OSPITE</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Anno di nascita	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Selezionato a rischio con la scala di valutazione	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Tipo di caduta	<input type="checkbox"/> Con danno	<input type="checkbox"/> Senza danno		
Tipo di danno	<input type="checkbox"/> Trauma cranico	<input type="checkbox"/> Fratture	<input type="checkbox"/> Distorsioni	<input type="checkbox"/> Contusioni
	<input type="checkbox"/> Ferite	<input type="checkbox"/> Escoriazioni	<input type="checkbox"/> Ematomi	<input type="checkbox"/> Non rilevato
	<input type="checkbox"/> Altro	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Data caduta	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ora caduta	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	N° g. di degenza <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Luogo dell'evento	<input type="checkbox"/> Camera	<input type="checkbox"/> Corridoio	<input type="checkbox"/> Bagno	<input type="checkbox"/> Sala da pranzo
	<input type="checkbox"/> Sala animazione	<input type="checkbox"/> Palestra	<input type="checkbox"/> Scale	<input type="checkbox"/> Esterni
	<input type="checkbox"/> Sala audio-visivi	<input type="checkbox"/> Cappella		
	<input type="checkbox"/> Altro	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Modalità caduta	<input type="checkbox"/> Dal letto	<input type="checkbox"/> Dal letto con spondine	<input type="checkbox"/> Dalla sedia a rotelle	
	<input type="checkbox"/> Dalla barella	<input type="checkbox"/> Dalla sedia	<input type="checkbox"/> Dalla posizione eretta	<input type="checkbox"/> Non rilevato
Dinamica evento	<input type="checkbox"/> Aspettava in barella	<input type="checkbox"/> Durante movimentazione assistita		
	<input type="checkbox"/> Effettuava l'igiene personale	<input type="checkbox"/> Aspettava in sedia a rotelle	<input type="checkbox"/> Scendeva dal letto	
	<input type="checkbox"/> Camminava all'esterno	<input type="checkbox"/> Camminava per andare in bagno	<input type="checkbox"/> Saliva sul letto	
	<input type="checkbox"/> Trasferimento autonomo letto/barella/carrozzina/sedia			
	<input type="checkbox"/> Camminava all'interno della RSA	<input type="checkbox"/> Non rilevato	<input type="checkbox"/> Altro	

RSA QuEST - Scheda di Analisi delle cadute in RSA

Pre-analisi dell'evento

Fattori che possono aver contribuito all'evento (risposta multipla)	CONDIZIONI DELL'OSPITE	<input type="checkbox"/> Condizioni cliniche	<input type="checkbox"/> Terapie farmacologiche
		<input type="checkbox"/> Cadute pregresse	<input type="checkbox"/> Andatura e attività quotidiane
		<input type="checkbox"/> Alterazione dei sensi	<input type="checkbox"/> Stato mentale
		<input type="checkbox"/> Problemi di eliminazione	<input type="checkbox"/> Abbigliamento/calzature
		<input type="checkbox"/> Mobilità	
		<input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	AMBIENTI/PRESIDI	<input type="checkbox"/> Mezzi di contenzione	<input type="checkbox"/> Camera
		<input type="checkbox"/> Pavimento	<input type="checkbox"/> Letto
		<input type="checkbox"/> Corridoio	<input type="checkbox"/> Asta per flebo
		<input type="checkbox"/> Deambulatore	<input type="checkbox"/> Comodino
		<input type="checkbox"/> Sedia a rotelle	<input type="checkbox"/> Bagno
		<input type="checkbox"/> Barella	<input type="checkbox"/> Ausili movimentazione
		<input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	ORGANIZZAZIONE	<input type="checkbox"/> Carico assistenziale	
		<input type="checkbox"/> Turni di lavoro	
		<input type="checkbox"/> Comunicazione	
		<input type="checkbox"/> Protocolli/procedure	
		<input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Valutazione

Indice di priorità     Verde                       Giallo                       Rosso

FACILITATORE

Nome

Cognome

Data  /  /       Firma \_\_\_\_\_

