

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	SCHEDA DI SEGNALAZIONE CADUTE	Segnalazione cadute (RM.MO.1163.02).odt
		pag1/2

Modulo A - **2 COPIE:** *Copia originale da conservare in cartella clinica*
Fotocopia da inviare alla SC Direzione Medica o al Distretto di competenza

Al Direttore SC Direzione Medica /o al Direttore Distretto

SEZIONE RISERVATA ANCHE AI FINI ASSICURATIVI													
DATI RELATIVI ALLA STRUTTURA ED ALL'OPERATORE	Struttura organizzativa in cui si è verificato l'evento:												
	Nome e Cognome dell'operatore che segnala:												
	Qualifica <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Infermiere/Coordinatore <input type="checkbox"/> Altro:												
DATI RELATIVI AL PAZIENTE	Nome e Cognome del paziente												
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Data di nascita</td> <td style="width: 50%;">N° Cartella clinica (se ricoverato)</td> </tr> </table>	Data di nascita	N° Cartella clinica (se ricoverato)										
Data di nascita	N° Cartella clinica (se ricoverato)												
TIPO DI PRESTAZIONE	<input type="checkbox"/> Ricovero ordinario <input type="checkbox"/> Ricovero DH/DS <input type="checkbox"/> Prestazione ambulatoriale <input type="checkbox"/> altro:												
CIRCOSTANZE DELL'EVENTO	Luogo in cui si è verificato (es. bagno, camera, sala operatoria, etc.)												
SCHEDA RILEVAZIONE RISCHIO CONLEY	Data _____ e ora _____ in cui si è verificato l'evento PRESENTE ULTIMO PUNTEGGIO SI <input type="checkbox"/> Punteggio: _____ NO <input type="checkbox"/> PRECEDENTI CADUTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												
BREVE DESCRIZIONE DELL'EVENTO (CHE COSA E' SUCCESSO?): DINAMICA DELL'EVENTO: _____ _____													
TESTIMONI DELLA CADUTA: COGNOME E NOME _____ _____													
DANNO SUBITO DALLA PERSONA: _____ _____													
A SEGUITO DELL'EVENTO E' STATO NECESSARIO ESEGUIRE ULTERIORI INDAGINI O PRESTAZIONI SANITARIE?													
<table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> indagini di laboratorio</td> <td><input type="checkbox"/> altre indagini</td> <td><input type="checkbox"/> medicazioni</td> <td><input type="checkbox"/> ricovero in TI</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> indagini radiologiche</td> <td><input type="checkbox"/> visita</td> <td><input type="checkbox"/> intervento chirurgico</td> <td><input type="checkbox"/> trasferimento</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ECG</td> <td><input type="checkbox"/> consulenza specialistica</td> <td><input type="checkbox"/> ricovero</td> <td><input type="checkbox"/> altro</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> indagini di laboratorio	<input type="checkbox"/> altre indagini	<input type="checkbox"/> medicazioni	<input type="checkbox"/> ricovero in TI	<input type="checkbox"/> indagini radiologiche	<input type="checkbox"/> visita	<input type="checkbox"/> intervento chirurgico	<input type="checkbox"/> trasferimento	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> consulenza specialistica	<input type="checkbox"/> ricovero	<input type="checkbox"/> altro
<input type="checkbox"/> indagini di laboratorio	<input type="checkbox"/> altre indagini	<input type="checkbox"/> medicazioni	<input type="checkbox"/> ricovero in TI										
<input type="checkbox"/> indagini radiologiche	<input type="checkbox"/> visita	<input type="checkbox"/> intervento chirurgico	<input type="checkbox"/> trasferimento										
<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> consulenza specialistica	<input type="checkbox"/> ricovero	<input type="checkbox"/> altro										
PROGNOSI GIORNI: _____													
DATA _____	Firma Medico _____												

Attenzione: entrambi i moduli A e B sono da compilare

Segue Modulo B

