

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE QUEDA

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / _____

Nº de Atendimento: _____

Data de Internamento: ____ / ____ / _____

Diagnóstico: _____

Medicações de Uso: _____

RELATO DA QUEDA:

Data do Incidente: ____ / ____ / _____

Horário da queda: ____ : _____

TIPO DE QUEDA:

- () Tropeçar
 () Escorregar
 () Queda de nível

- () Desmaio
 () Perda do equilíbrio

QUEDA ENVOLVENDO:

- () Poltrona
 () Banheiro
 () Cama
 () Equipamento terapêutico / diagnóstico
 () Enquanto transportado / apoiado por profissional

- () Quarto
 () Cadeira
 () Maca
 () Escada
 () Outros: _____

FATORES DE RISCO PARA A QUEDA

- | | |
|---|---------------------------------------|
| () Idade > que 65 anos | () História prévia de queda |
| () Alteração cognitiva / nível de consciência / agitação | () Mobilidade física prejudicada |
| () Diminuição da acuidade auditiva | () Incontinência / urgência urinária |
| () Diminuição da acuidade visual | () Dificuldade na marcha |
| () Piso molhado | () Iluminação Prejudicada |
| () Outro: _____ | |

MEDIDAS APLICADAS

- | | | |
|---|---------|---------|
| 1. Presença de acompanhante / Cuidador | () Sim | () Não |
| 2. Queda assistida | () Sim | () Não |
| 3. Risco de queda sinalizado | () Sim | () Não |
| 4. Paciente com pulseira de identificação amarela | () Sim | () Não |
| 5. Grades Elevadas / cama travada | () Sim | () Não |
| 6. Sinalizado piso molhado | () Sim | () Não |
| 7. Calçado correto | () Sim | () Não |
| 8. Solicitado avaliação médica | () Sim | () Não |
| 9. Realizado exame de imagem | () Sim | () Não |

AÇÃO IMEDIATA

Responsável pela Notificação? _____

Setor da Incidência: _____