

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
() Alteração cognitiva / nível de consciência / agitação
() Diminuição da acuidade auditiva
() Diminuição da acuidade visual
() Piso molhado
() Outro: _____

- () História prévia de queda
() Mobilidade física prejudicada
() Incontinência / urgência urinária
() Dificuldade na marcha
() Iluminação Prejudicada

MEDIDAS APLICADAS

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

- | | |
|---------|---------|
| () Sim | () Não |
| () Sim | () Não |
| () Sim | () Não |
| () Sim | () Não |
| () Sim | () Não |
| () Sim | () Não |
| () Sim | () Não |
| () Sim | () Não |
| () Sim | () Não |

AÇÃO IMEDIATA

Responsável pela Notificação? _____

Setor da Incidência: _____