

FORMULÁRIO
NOTIFICAÇÃO DE QUEDA

Código: FOR.HC.NSP.003

Versão: 002

Página: 1 de 1

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

☐ 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: _____