

FORMULARIO DE NOTIFICACION DE CAÍDAS DE PACIENTES

NOMBRE: _____		SEXO: MASC <input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>	Nº RUT O DAU _____												
EDAD: _____	DIAGNOSTICO: _____														
FECHA Y HORA OCURRENCIA CAIDA _____/_____/____ (DD:MM:AAAA) ____:____ (HH:MM)		FECHA DE NOTIFICACIÓN _____/_____/____ (DD:MM:AAAA)													
UNIDAD DONDE OCURRE EL INCIDENTE _____ UNIDAD QUE NOTIFICA _____		RESPONSABLE DE LA NOTIFICACIÓN (OPCIONAL)													
PUNTAJE ESCALA DE RIESGO DE CAIDA _____	ESTAMENTO QUE NOTIFICA MEDICO <input type="checkbox"/> ENFERMERA <input type="checkbox"/> PARAMEDICO <input type="checkbox"/> KINESIOLOGO <input type="checkbox"/> AUXILIAR DE SERVICIO <input type="checkbox"/> OTRO _____														
EN EL MOMENTO DE LA CAIDA EL PACIENTE ESTABA: <input type="checkbox"/> CAMA O CAMILLA <input type="checkbox"/> PASILLO <input type="checkbox"/> DUCHA <input type="checkbox"/> BAÑO	CARACTERISTICA DE LA CAMA O CAMILLA <table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>▪ CON BARANDA ARRIBA</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td>▪ CON RUEDAS</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td>▪ CON FRENOS</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> </tbody> </table>				SI	NO	▪ CON BARANDA ARRIBA	_____	_____	▪ CON RUEDAS	_____	_____	▪ CON FRENOS	_____	_____
	SI	NO													
▪ CON BARANDA ARRIBA	_____	_____													
▪ CON RUEDAS	_____	_____													
▪ CON FRENOS	_____	_____													
AL MOMENTO DE LA CAIDA EL PACIENTE ESTABA <input type="checkbox"/> SOLO <input type="checkbox"/> ACOMPAÑADO POR FUNCIONARIO <input type="checkbox"/> ACOMPAÑADO POR FAMILIAR	LA ILUMINACIÓN DEL LUGAR AL MOMENTO DE LA CAIDA ERA: <input type="checkbox"/> NATURAL <input type="checkbox"/> ARTIFICIAL <input type="checkbox"/> EN PENUMBRAS														
ESTADO GENERAL DEL PACIENTE ANTES DE LA CAIDA: <table style="width: 100%; border: none;"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> TRANQUILA</td> <td><input type="checkbox"/> MARCHA INESTABLE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE AUDICIÓN</td> <td><input type="checkbox"/> INCONCIENTE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE VISIÓN</td> <td><input type="checkbox"/> CONFUSO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ORIENTADO</td> <td>OTROS _____</td> </tr> </tbody> </table>				<input type="checkbox"/> TRANQUILA	<input type="checkbox"/> MARCHA INESTABLE	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE AUDICIÓN	<input type="checkbox"/> INCONCIENTE	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE VISIÓN	<input type="checkbox"/> CONFUSO	<input type="checkbox"/> ORIENTADO	OTROS _____				
<input type="checkbox"/> TRANQUILA	<input type="checkbox"/> MARCHA INESTABLE														
<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE AUDICIÓN	<input type="checkbox"/> INCONCIENTE														
<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE VISIÓN	<input type="checkbox"/> CONFUSO														
<input type="checkbox"/> ORIENTADO	OTROS _____														
EL PACIENTE ESTA EN TRATAMIENTO CON: <input type="checkbox"/> PSICOFARMACOS <input type="checkbox"/> DIURETICOS <input type="checkbox"/> HIPOTENSORES OTROS _____	POSTERIOR A LA CAIDA: _____ SE AVISO A MEDICO DE TURNO _____ SE AVISA A ENFERMERA(O) _____ SE AVISA A FAMILIAR(ES) CUANTO TIEMPO TRANSCURRIO? _____														
LA CAIDA TUVO CONSECUENCIAS PARA EL PACIENTE: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> CUALES _____ _____															

