

NOTIFICACIÓN DE CAÍDAS

Identificación del Notificante

Nombre: _____ Cargo: _____ Fecha Notificación: _____

Identificación del paciente

Nombre: _____ Rut: _____ Edad: _____ Sexo F M

Notificación del evento

CR/Servicio: _____ Sala: _____ Fecha Ocurrencia: _____ Hora: _____

Día de la semana: _____ Sin lesión Con lesión Cuál: _____ Localización: _____

Evaluación Riesgo SI NO Tipo de riesgo: _____

Descripción breve de la caída

Lugar de ocurrencia

Habitación Baño Pasillo Escalera Otro

Equipo mobiliario existente

Cama Existen barandas SI NO Barandas arriba SI NO Frenos SI NO

Camilla Existen barandas SI NO Barandas arriba SI NO Frenos SI NO

Silla de ruedas Frenos SI NO

WC Barras de apoyo SI NO

Ducha Barras de apoyo SI NO

Otras medidas preventivas

Timbre a la mano SI NO Iluminación Suficiente SI NO Espacio libre de riesgo SI NO

Paciente Solo Paciente Acompañado

Momento de la ocurrencia de la caída

Deambulando Cambio de posición Traslado silla/cama

Eliminación fisiológica (WC) Aseo Alcanzando objetos

Uso de medicamentos

Opiáceos Antidepresivos Sedantes

Tranquilizantes Hipotensores Diuréticos

Historia de caídas previas

Nunca Si, en domicilio Si, en Hospital

Estado de Conciencia

Alerta Confuso Agitado Inconsciente

Alteración o Déficit sensorial

Ninguna Audición disminuida Visión disminuida Alt. equilibrio

Movilidad

Normal Restringida Usa ayuda técnica Postrado

Marcha

Estable Con temblor Inestable

Uso Departamento Calidad Asistencial

Fecha recepción y hora: _____ Nombre y Firma Prof. Depto. _____ Nombre y Firma Jefe Depto. _____