



# FORMULARIO NOTIFICACION DE CAIDAS PACIENTE HOSPITALIZADO



Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_ N° Ficha: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de la caída: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_

1. ¿Existe evaluación de riesgo de caídas registrada en la F. Clínica? SI \_\_\_ NO \_\_\_ Caídas previas: SI \_\_\_ NO \_\_\_

Fecha de última evaluación registrada Escala Downton/ Macdemis: \_\_\_\_\_ Pje obtenido última evaluación: \_\_\_\_\_

Medicamentos: Ultima evaluación	Ninguno: _____	Tranquilizantes, sedantes, diuréticos, antidepresivos, otros: _____
Déficit sensoriales: Ultima evaluación	Ninguno _____	Alteraciones visuales, auditivas: _____
Estado mental: Ultima evaluación	Orientado _____	Confuso _____

### 2. Lugar del accidente Marque todas las que corresponda. *Especifique en otros*

En la habitación	En el baño	En el pasillo	Desde la cama durante reposo/sueño	Levantándose de la cama
Desde camilla	Desde silla	Desde silla de ruedas	Deambulando	Otro: _____

### 3. Factores contribuyentes a la caída. *Especifique en otros*

Iluminación insuficiente	Suelo húmedo o encerado	Presencia de obstáculo / mueble en el lugar	Timbre de llamada ausente / defectuoso	Ortesis / ayudas técnicas no disponibles o a mano
Pato / chata no disponible o a mano	Paciente con frecuencia miccional aumentada	Paciente con diarrea / vómitos	Paciente con limitaciones visuales	Postoperatorio (primeras 24 horas)
Puerperio (primeras 24 horas)	Paciente recibiendo sedantes	Paciente recibiendo antihistamínicos	Paciente recibiendo hipotensores	Otro: _____

4. ¿paciente considerado de alto riesgo? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

### 5. Estado mental del paciente antes de la caída:

Lúcido, orientado: \_\_\_\_\_ Obnubilado, desorientado, confuso: \_\_\_\_\_

Inconsciente: \_\_\_\_\_ Agitación Psicomotora: \_\_\_\_\_

### 6. Nivel de movilidad deambulación previo a la caída:

Independiente (autovalente)	Apoyo mecánico (bastón, andador)
Requiere ayuda parcial para moverse	Requiere ayuda total para moverse

### 7. Al momento de la caída se encontraba:

Sólo	Acompañado por Personal de la Salud	Acompañado por familiar o Tutor
------	-------------------------------------	---------------------------------

### 8. ¿Cuáles son las medidas de prevención aplicadas con las que se encontraba previo a la caída del paciente?:

Ambas barandas de la cama elevadas	Una baranda de la cama elevada y un acompañante	Cama Baja	Cama Frenada
Timbre a mano en pacientes orientados	Uso de elementos de contención diseñadas para este fin	Otros: _____	

### 9. Lesiones producidas por la caída :

Sin lesiones	Con lesiones: _____ Localización: _____ Tipo de lesión: _____
--------------	---

### 10. ¿Se informa a médico de turno la caída del paciente?

Indique si posterior a la caída fue visto por el médico SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

### 11. ¿El médico asiste a evaluar al paciente posterior a la caída?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

### 12. ¿Existe registro en ficha clínica del paciente?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

### 13. ¿Se requiere apoyo complementario para el diagnóstico?

Radiografías	Ecotomografía	TAC
Cirugía	Traslado	Otro: _____

### 14. ¿Se notifica al familiar o tutor del paciente del evento ocurrido?

Esto debe ser registrado por el jefe de servicio antes de enviarlo a la unidad de calidad. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Comentarios:

Profesional que notifica (EU. Matr.TM, Kin, Dr.) y apellido: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_