

COMISSÃO DE RISCO DE QUEDA

Registro de Queda

Versão:01

Elaborado por: Comissão de Risco de Queda

Data: 28/02/2019

Revisado por: Comissão de Risco de Queda

Revisão:16/04/2019

Executor: Enfermeiro / Comissão de Risco de Queda

Dados da ocorrência da queda

Data da Queda: __/__/____ Horário da Queda: __:__

Local da Ocorrência da Queda: _____

Queda presenciada? () Não () Sim

Descrição da queda

Motivo da Queda:

() Estado do Paciente-Quedas relacionadas com a condição geral do paciente e/ou com diagnóstico que aumentem o Risco de Queda (ex.: distúrbios neurológicos, fraqueza, instabilidade postural, outros).

() Resposta ao tratamento ou procedimento- quedas diretamente relacionadas com atos médicos ou cirúrgicos.

() Fatores ambientais – quedas que resultem da existência de condições adversas das instalações ou equipamentos (ex.: piso escorregadio, objetos fora do lugar, deficiência do equipamento).

() Outros fatores. Quais? _____

Conduta:

Lesão: () Não () Sim

() Gravidade I – Lesões que necessitam de pouco ou nenhum cuidado (pequenos abrasões, contusão e pequenos cortes ou lacerações que não requerem sutura).

() Gravidade II – Lesões que necessitam

() Gravidade III – Lesões que claramente necessitam de observação ou internação

Obs: