

UNIDADE:

- ☐ Abrantes
☐ Tomar
☐ Torres Novas

SERVIÇO:

Etiqueta de identificação do Utente

Motivo do Internamento: _____

Nº de dias de Internamento: _____

% de Ocupação: _____

% de Utilização (SCD): _____

Data da Ocorrência da Queda: ____ / ____ / ____ **Hora da Ocorrência da Queda:** ____ : ____

Grau de Risco à data da queda: _____ **Score:** _____

Assinale com uma cruz no campo respectivo:

ORIGEM DA QUEDA	FACTORES DE RISCO	CONSEQUÊNCIAS
Cadeira	Agitação	Nenhuma
Cadeirão	Alteração do equilíbrio	Alterações de consciência:
Cama	Astenia	Lipotímia
Chuveiro	Confusão	Sonolência
Maca	Diminuição da acuidade visual	Estupor
WC	Lipotímia	Coma
Pavimento molhado / escorregadio	Medicação pré-anestésica	Alteração de memória:
Existência de obstáculos	Paralisia	Confusão
Falta de iluminação	Parésia	Amnésia
Existência de degraus	Sedação	Outras _____
Irregularidade da superfície de apoio	Outros _____	Feridas traumáticas:
Outros _____	Outros _____	Escoriação
		Contusão
		Laceração
		Corte
		Fractura
		Hematoma
		Luxação
		Entorse
		Outras _____

Qual a parte (s) do corpo atingida (s) e sua localização anatómica:

Foi dado conhecimento ao médico: Sim ☐ Não ☐

Houve intervenção Médica: Sim ☐ Não ☐

Descreva o contexto em que ocorreu a queda: _____

Descreva quais as medidas preventivas que haviam sido tomadas face ao risco:

Responsável pela prestação de cuidados

Data

_____ / ____ / ____

Responsável do Serviço

Data

_____ / ____ / ____

Nota: Enviar em anexo a cópia do IMP.GRL.409 - Avaliação do risco de queda ou impressão da aplicação informática.