

Dochodzenie w sprawie upadku - analiza przyczyn źródłowych

OŚRODEK:

DATA:

GODZINA

NUMER SE

ANALIZA PRZYCZYN ŹRÓDŁOWYCH WYKONANA PRZEZ

Informacje ogólne

Miejsce upadku:		Świadek 1: Imię i nazwisko Stanowisko		Świadek 2: Imię i nazwisko Stanowisko	
Czy zostało wykonane graficzne przedstawienie miejsca zdarzenia/zdjęcia		Świadek 3: Imię i nazwisko Stanowisko		Świadek 4: Imię i nazwisko Stanowisko	
Należy uwzględnić osoby bezpośrednio zaangażowane (która widziała pacjenta jako ostatnia, która jako pierwsza zareagowała na zdarzenie itp.) oraz ich relacje ze zdarzenia. Należy podjąć kroki w celu zapewnienie bezpieczeństwa pacjenta oraz zapobieżenia ponownemu wystąpieniu zdarzenia.					

Otoczenie i sprzęt

Oświetlenie - dobre	TAK ☐	NIE ☐	ND. ☐
Podłoga - sucha, równa, nieuszkodzona	TAK ☐	NIE ☐	ND. ☐
Droga komunikacyjna bezpieczna i wolna od zagrożeń związanych z ryzykiem potknięcia, zawadzenia o mebel, itp	TAK ☐	NIE ☐	ND. ☐
Poręcz stabilne	TAK ☐	NIE ☐	ND. ☐

Alarm przywoławczy działa prawidłowo i w zasięgu ręki pacjenta	TAK ☐	NIE ☐	ND. ☐
Fotel dializacyjny na odpowiedniej wysokości, stabilny prawidłowo rozkłada się, bez istotnych usterek technicznych	TAK ☐	NIE ☐	ND. ☐
Wózek do przewiezienia pacjenta sprawny, bez usterek technicznych	TAK ☐	NIE ☐	ND. ☐
Czy jakiegokolwiek problemy związane z otoczeniem lub sprzętem przyczyniły się do powstania zdarzenia?			

Farmakoterapia					
Leki:			Objawy:		
Nowe leki?	TAK ☐	NIE ☐	Osłabienie?	TAK ☐	NIE ☐
Zmiany? (tj. dawka, godzina itp.)	TAK ☐	NIE ☐	Halucynacje	TAK ☐	NIE ☐
Nowy lek/ dodatkowa dawka podana przed zdarzeniem?	TAK ☐	NIE ☐	Zawroty głowy?	TAK ☐	NIE ☐
Ewentualne błędne podanie leku?	TAK ☐	NIE ☐	Nudności, ból brzucha	TAK ☐	NIE ☐
Interakcja lek-lek	TAK ☐	NIE ☐	Osłabienie kończyn dolnych?	TAK ☐	NIE ☐
Interakcja lek-posiłek	TAK ☐	NIE ☐	Zaburzenia widzenia?	TAK ☐	NIE ☐
Czy farmakoterapia przyczyniła się do powstania zdarzenia?				TAK ☐	NIE ☐

Pacjent/ Personel					
Pacjent:			Personel (czynniki ludzkie):		
Bariera językowa	TAK ☐	NIE ☐	Rozproszenia i zakłócenia	TAK ☐	NIE ☐
Ograniczona sprawność sensoryczna	TAK ☐	NIE ☐	Obciążenie pracą	TAK ☐	NIE ☐
Ograniczone zdolności poznawcze	TAK ☐	NIE ☐	Nadmierny poziom stresu	TAK ☐	NIE ☐
Problemy behawioralne	TAK ☐	NIE ☐	Nieadekwatny obszar roboczy	TAK ☐	NIE ☐
Choroby współistniejące	TAK ☐	NIE ☐	Brak przekazanych/ dostępnych informacji	TAK ☐	NIE ☐
Nieskorzystanie z pomocy osób trzecich	TAK ☐	NIE ☐	Niezgodność z p&p	TAK ☐	NIE ☐
Pośpiech, nieostrożność	TAK ☐	NIE ☐			
Czy jakiegokolwiek komplikacje związane z pacjentem/ personelem przyczyniły się do powstania zdarzenia?					
Data ostatniej oceny ryzyka upadku					
Wnioski z ostatniej oceny ryzyka upadku					
Czy przeprowadzono ponownie ocenę ryzyka upadku?			TAK	NIE	
Wnioski					
Czy analiza przyczyn źródłowych pozwoliła zidentyfikować jakiegokolwiek proces, procedurę lub aspekt kultury zespołu który, jeśli zostałby ulepszony, mógłby pomóc w zapobieganiu przyszłym epizodom upadków pacjentów w tej placówce?				TAK	NIE
Uwagi					

Czy zgromadzono wystarczającą ilość dowodów pozwalających na zidentyfikowanie przyczyny upadku?		TAK	NIE ☐
Jaki jest zalecany plan działania w celu poprawy?			
Działanie		Osoba odpowiedzialna	Termin
Wypełniono przez:		Data	