

A NEVES JELENTÉSI RENDSZER ESÉSEK ADATLAPJA V5

Esés: Olyan, a beteg akaratán kívül bekövetkezett esemény, amelynek során a beteg térde, ill. térdfeletti testrésze a talajjal/padlózattal érintkezik. Kitöltendő: minden beteg-esés (elesés, leesés) esetén.

Adatszolgáltató intézmény* _____ **Osztály azonosítója*** _____

Az esemény azonosítója* _____

Az intézmény, az osztály és az esemény azonosítói a NEVES elektronikus felületén automatikusan generált kódok. Papír alapú adatgyűjtés esetén használható belső azonosítási rendszer, vagy a program által adott kódok. Utóbbi esetben az esemény azonosítója utólagosan, az elektronikus adatrögzítés alkalmával rögzíthető a papíron.

1. Betegjellemzők

1.1.1. Életkor (életév): _____

1.1.2. Beteg neme* férfi nő

1.2.1. A beteg funkcióképesség zavarai*: (több is jelölhető)

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Általános fizikai gyengeségből fakadó mozgászavar | <input type="checkbox"/> Hangulatzavar (depresszió, nyugtalanság, felhangoltság, stb.) | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
| <input type="checkbox"/> Beszédzavar | <input type="checkbox"/> Inkontinencia | <input type="checkbox"/> Nincs |
| <input type="checkbox"/> Egyensúlyzavar | <input type="checkbox"/> Járás-, mobilitás zavarból fakadó mozgászavar | <input type="checkbox"/> Tudatzavar |
| <input type="checkbox"/> Fájdalom | | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hallászavar | <input type="checkbox"/> Látászavar | |

1.2.2. Mozgászavarok mértéke felnőtt beteg esetén:

(Amennyiben az 1.2.1 kérdésnél jelölt mozgászavart, itt a legsúlyosabbat válassza)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Csak fekszik, nem tud felülni, felállni | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
| <input type="checkbox"/> Csak ülni tud | <input type="checkbox"/> Segédeszközzel képes önállóan közlekedni |
| <input type="checkbox"/> Felügyelettel jár | |

1.3. Kórházi felvétel dátuma*: (év, hónap, nap) _____ / _____ / _____

1.4. Az esést megelőző 24 órában szedett gyógyszerek*: (több is jelölhető)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Altató és/vagy szedatívum | <input type="checkbox"/> Hashajtó | <input type="checkbox"/> Véralvadásgátló, trombocita aggregációgátló |
| <input type="checkbox"/> Antidepresszáns | <input type="checkbox"/> Inszulin, antidiabetikum | <input type="checkbox"/> Vérnyomáscsökkentő és/vagy vízhajtó |
| <input type="checkbox"/> Antiepileptikum | <input type="checkbox"/> Nem ismert | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |
| <input type="checkbox"/> Elmebetegség gyógyszer | <input type="checkbox"/> Nem szedett gyógyszert | |
| <input type="checkbox"/> Fájdalomcsillapító | | |

1.5. Esési kockázatfelmérés volt-e?*

Igen Nem Nem ismert

1.5.1. Ha igen, ennek dátuma: (év, hónap, nap) _____ / _____ / _____

2. Az esemény idején a beteg ellátásáért felelős szervezeti egység jellemzői

2.1. Osztály/ részleg típusa:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aktív, nem műtétes | <input type="checkbox"/> Egyéb krónikus | <input type="checkbox"/> Rehabilitációs | <input type="checkbox"/> Egyéb (pl. ambulancia): _____ |
| <input type="checkbox"/> Ápolási | <input type="checkbox"/> Műtétes | <input type="checkbox"/> Sürgősségi | |

3. Az esemény leírása

3.1. Esés helye*

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ágyhasználat során (pl. ágyról felállás, lefekvés, ágyban megkapaszkodás, ágyból kihajolás) | <input type="checkbox"/> Kórterem, ágyhasználatról függetlenül (beleértve a kórtermi mosdó használatát) | <input type="checkbox"/> Közösségi helyiség (pl. társalgó, dohányzóhelyiség, stb.) |
| <input type="checkbox"/> Folyosó, lépcsőház | <input type="checkbox"/> Kórtermen kívüli vizesblokk | <input type="checkbox"/> Külső tér (pl. járda, park, erkély, stb.) |
| <input type="checkbox"/> Kórtermi vizesblokk | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ | |

3.2.1. Esés dátuma* (év, hónap, nap) _____ / _____ / _____

3.2.2. Esés időpontja (24 órás formátum) _____ óra / _____ perc

3.3. Az esés napja: Munkanap Munkaszüneti nap Nem ismert

3.4.1. Eséskor használt mobilitási segédeszköz*:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bot | <input type="checkbox"/> Mankó | <input type="checkbox"/> Van segédeszköze, de eséskor nem használta |
| <input type="checkbox"/> Járókeret (fix, guruló) | <input type="checkbox"/> Nem ismert | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |
| <input type="checkbox"/> Kerekesszék | <input type="checkbox"/> Nincs segédeszköze | |

3.4.2. Eséskor az aktuálisan használt egyéb segédeszköz:* (több is jelölhető)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hallókészülék | <input type="checkbox"/> Nincs segédeszköze | <input type="checkbox"/> Van segédeszköze, de eséskor nem használta |
| <input type="checkbox"/> Nem ismert | <input type="checkbox"/> Szemüveg, kontaktlencse | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |

4. Az esés következményeinek részletezése

4.1. Az esés következtében sérülés:*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> A beteg elhunyt | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
| <input type="checkbox"/> Enyhe (pl. hámphány, felületos haematoma, tartós fájdalom) | <input type="checkbox"/> Nincs |
| | <input type="checkbox"/> Súlyos (pl. törés, ízületi bevérzés) |

4.2. Esést követően szükséges beavatkozás/vizsgálat (pl. műtét, gyógyszeres kezelés, röntgen, CT.)

4.3. Sérült testrész:* (több is jelölhető)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Amputált végtag | <input type="checkbox"/> Fej, arc, fül, száj | <input type="checkbox"/> Sérült vagy beteg végtag |
| <input type="checkbox"/> Ép alsó végtag | <input type="checkbox"/> Nem ismert | <input type="checkbox"/> Törzs, ülőgumók |
| <input type="checkbox"/> Ép felső végtag | <input type="checkbox"/> Nem történt sérülés | |

5. Az esemény részletes leírása

5.1. Milyen tevékenység végzéséhez kapcsolható az esés?* (több is jelölhető)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ágyban, fekvő helyzetben végzett mozgás | <input type="checkbox"/> Nedves padlón közlekedés (nem vizesblokkban) |
| <input type="checkbox"/> Átnyúlás éjjeli szekrényhez | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
| <input type="checkbox"/> Elrendelt segédeszköz elhagyása vagy helytelen használata | <input type="checkbox"/> Sürgős szükség miatt elkezdett mozgás (pl. WC, telefon, stb.) |
| <input type="checkbox"/> Esés mozgás nélküli, álló vagy ülő helyzetből | <input type="checkbox"/> Szoba-WC használata |
| <input type="checkbox"/> Felállás, leülés, átülés (kivéve kerekesszék transzfer) | <input type="checkbox"/> WC használat (kivéve szoba-WC) |
| <input type="checkbox"/> Fürdés, zuhanyzás | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |
| <input type="checkbox"/> Járás, sétálás | |
| <input type="checkbox"/> Kerekesszék transzfer, ill. kiesés belőle | |

5.2. Milyen környezeti tényezők járulhattak hozzá az eséshez?* (több is jelölhető)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ágy, egyéb eszköz váratlan elmozdulása (pl. rossz rögzítés) | <input type="checkbox"/> Hívott ápoló késése |
| <input type="checkbox"/> Berendezés adottságai (pl. éjjeli szekrény távolsága, ágy magassága) | <input type="checkbox"/> Korlátozó intézkedés (rács) |
| <input type="checkbox"/> Berendezések sérülése | <input type="checkbox"/> Nedves vagy szennyezett padló |
| <input type="checkbox"/> Elégtelen világítás | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
| <input type="checkbox"/> Fizikai akadály (pl. bútor, lépcső) | <input type="checkbox"/> Nem volt szerepe környezeti tényezőnek |
| | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |

5.3. A beteg egészségi állapotából eredő tényezők, amelyek hozzájárulhattak az esés létrejöttéhez:* (több is jelölhető)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Általános gyengeség | <input type="checkbox"/> Izomgyengeség, járásbizonytalanság | <input type="checkbox"/> Szédülés |
| <input type="checkbox"/> Amputált testrész | <input type="checkbox"/> Nem ismert | <input type="checkbox"/> Szemüvegét nem viseli |
| <input type="checkbox"/> Bénulás | <input type="checkbox"/> Nem volt szerepe a beteg egészségi állapotának | <input type="checkbox"/> Zavart tudatállapot, delírium |
| <input type="checkbox"/> Eszméletvesztés | | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fájdalom | | |

5.4. Az esés körülményeinek részletes leírása, beleértve az eddig nem azonosított fontos körülményeket és a valószínű kiváltó okokat (pl. még nem tudatosult betegség, állapot)

5.5. Véleménye szerint milyen intézkedésekkel lehetett volna az esést megelőzni?

6. Kitöltés

6.1. Kitöltés dátuma (év, hónap, nap) _____ / _____ / _____

6.2. Adatlapot kitöltő(k) szakképzettsége: (pl. szakorvos, szakápoló, adminisztrátor, stb.) _____