

# Reaktion auf einen Sturz

## Beispiel eines Sturzprotokolls

Sturzprotokoll			Patientenetikett		
Sturzdatum:			Sturzzeit:		
Sturzort:	<input type="checkbox"/> Patientenzimmer	<input type="checkbox"/> Toilette	<input type="checkbox"/> Flur/Korridor	<input type="checkbox"/> aus dem Sitzen/Liegen	
Sturzart:	<input type="checkbox"/> beim Gehen/Stehen	<input type="checkbox"/> beim Aufstehen/Absitzen	anderer Ort		
Ungefähre Liegezeit am Boden:					
Sturzfolgen:	<input type="checkbox"/> keine Verletzungen	<input type="checkbox"/> leichte Verletzungen	<input type="checkbox"/> schwere Verletzungen		
Art der Verletzung(en)					
Massnahmen zu den Sturzfolgen:					
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> beobachten	<input type="checkbox"/> körperliche Untersuchung	andere		
<input type="checkbox"/> Kompressen	<input type="checkbox"/> Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Wundversorgung			
<input type="checkbox"/> Beizug eines Arztes	<input type="checkbox"/> Röntgen	<input type="checkbox"/> Operation			
Vorbestehende Risikofaktoren:					
Mobilitätsstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Früherer Sturz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Veränderte Kognition	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Veränderte Ausscheidung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sehstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Psychopharmaka	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlafmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Unsicheres Schuhwerk	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
andere					
Waren Bettgitter angebracht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Bestand eine Fixation?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beschreibung der Sturzumstände (Aktivitäten und räumliche Bedingungen vor/während des Sturzes)					
Information der Angehörigen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Geplante präventive Massnahmen:					
Datum:	Visum Pflege:		Visum Arzt:		