

Iniciais do Paciente: _____ DN: ___/___/_____ RA: _____

Gravidade do Incidente: _____ ID NOT.: _____

Setor do Incidente: _____ Data da Queda: ___/___/_____ Período: _____

Fatores do ambiente/estruturais que propiciaram a queda?	SIM []	NÃO []	OBSERVAÇÃO
1.			
2.			
3.			
Fatores do tratamento que propiciaram a queda?	SIM []	NÃO []	OBSERVAÇÃO
1.			
2.			
Medicações em uso?	SIM []	NÃO []	OBSERVAÇÃO
1.			
2.			
3.			
Fatores do paciente que propiciaram a queda?	SIM []	NÃO []	OBSERVAÇÃO
1.			
2.			
Paciente com acompanhante 24h?	SIM []	NÃO []	PERÍODO:
Acompanhante estava presente no momento da queda?	SIM []	NÃO []	
Acompanhante recebeu orientações sobre os riscos e cuidados para prevenir quedas?	SIM []	NÃO []	
Existe anotação de enfermagem em todos os períodos sobre as condutas do Protocolo de prevenção de Quedas?	SIM []	NÃO []	
Paciente com a Sistematização de Assistência de Enfermagem?	SIM []	NÃO []	

Na SAE há evidência do Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem que visem o risco e Prevenção de Quedas?	SIM []	NÃO []	
O protocolo de prevenção de quedas estava implementado?	SIM []	NÃO []	
Há evidência do treinamento para a equipe de Enfermagem sobre o Protocolo de Prevenção de Quedas nos últimos 6 meses?	SIM []	NÃO []	DATA:
A conduta tomada foi de acordo com o Protocolo de Prevenção de Quedas?	SIM []	NÃO []	
Houve lesão decorrente da queda? SIM [] NÃO []			
QUAIS:			

Nome: _____

Matrícula: _____

Assinatura do Profissional