



REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE CAÍDAS

Apellidos y Nombre del paciente: _____

Servicio que atiende: ☐ Domicilio ☐ DCCU/061 ☐ Unidad/Centro _____

Diagnóstico médico: _____ N° Identificador: _____

Edad: _____ Hora del incidente: _____

Escala Downton: SI ☐ NO ☐

Estado del Paciente (Factores intrínsecos)

Psíquico

- ☐ Consciente
☐ Inconsciente
☐ Agitado
☐ Deterioro Cognitivo

Otros factores

- ☐ Paciente quirúrgico
☐ Dolor agudo y crónico

Medicación previa a la caída:

- ☐ Psicotropos
☐ Móficos
☐ Otros:

Físico

- ☐ Autónomo
☐ Parcialmente autónomo
☐ No autónomo

- ☐ Caídas previas
☐ Incontinencia urinaria/fecal

Sensoperceptivo

- ☐ Déficit auditivo/visual
☐ Falta de dispositivos (precisa lentes, audífonos...)
☐ Alteración marcha/equilibrio

- ☐ Dispositivo: sondas, drenajes, inmovilización, suero
☐ Conductas de riesgo _____

Entorno (Factores extrínsecos)

- Barandillas: ☐ SI ☐ NO ☐ Falta de supervisión en la movilización, traslado
☐ Calzado, ropa inadecuada ☐ Vía de acceso con dificultad ☐ Material traslado inadecuado (sillas camillas, camas)
Dispositivo de apoyo (en la caída): ☐ bastones ☐ muletas ☐ soporte de suero ☐ andador ☐ Otros _____
☐ Entorno físico adverso*

Lugar de la caída /Actividad que realizaba:

Tiempo que permanece en el suelo:

- ☐ Habitación / baño ☐ Pasillo ☐ Calle ☐ Escaleras ☐ Transporte (público, ambulancia...)
☐ cama ☐ camilla ☐ mesa quirófano ☐ Silla de ruedas ☐ sillón ☐ Otros _____
☐ Traslado/transferencia ☐ Caminando ☐ Al levantarse ☐ Al sentarse

Situación previa al accidente:

- ☐ Cuidador/Familia, en el momento de la caída
☐ Esta sólo
☐ Vive sólo (domicilio)
☐ Alteración física/cognitiva del cuidador

Educación Sanitaria paciente/familia ☐ SI ☐ NO

- Contención** ☐ Farmacológica ☐ Mecánica
☐ Consentimiento informado ☐ SI ☐ NO
☐ MMSS ☐ MMII ☐ Cinturón ☐ Chaleco ☐ Otros

Seguridad



Consecuencias: *(de la caída)*

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| ☐ Erosión | ☐ Herida que requiere sutura | ☐ Traumatismo _____ |
| ☐ Contusión | ☐ Abrasión | ☐ Pérdida de conciencia |
| ☐ Hematoma | ☐ Fractura: _____ | ☐ Otros _____ |

Desconexión dispositivos:

- ☐ extubación ☐ vía venosa ☐ sonda nasogástrica ☐ sonda vesical ☐ drenajes ☐ otros

Medidas preventivas que se adoptan después de la caída

- | | | | |
|--|--------------------------------------|---|----------------------------------|
| ☐ Cuidador / Familiar | ☐ Barandillas | ☐ Contención: ☐ mecánica ☐ farmacológica | ☐ Ninguna |
| ☐ Dispositivo de apoyo (bastones, andador...) | ☐ Otros | | |

* Barreras arquitectónicas, obstáculos en el suelo, suelo mojado, irregular....

10
Seguridad



REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE CAÍDAS

Observaciones del declarante

Propuestas de mejora

Opinión del paciente/familia sobre la caída

Entregar donde proceda según circuito institucional.

10
Seguridad

Gracias por tu colaboración