



Ospite: _____ Sesso: _____
Data e luogo di nascita: _____
Comune di residenza: _____
Struttura: **ASP della Carnia "San Luigi Scrosoppi"**
Data di ingresso in struttura: _____ Letto: -
Provenienza: _____
Compilatore: _____
Indirizzo: _____
Data compilazione: _____ Firma: _____

<i>Parametri</i>	<i>Osservazioni</i>	<i>P</i>
Luogo Caduta	<input type="radio"/> Carrozzina <input type="radio"/> Letto <input type="radio"/> Bagno <input type="radio"/> Corridoio <input type="radio"/> Camera <input type="radio"/> Scale <input type="radio"/> Giardino <input type="radio"/> Spondina <input type="radio"/> Soggiorno	
Orario caduta		_____
Dinamica caduta		_____
Lesioni	Si è procurato lesioni evidenti?	si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> _____
Soccorso	E' stato soccorso da (Cognome, Nome e Ruolo)	si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> _____
Testimoni	Testimoni presenti al fatto	si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> _____
Controllo Medico	<input type="radio"/> Non è necessario un controllo medico immediato <input type="radio"/> Visto da un medico di base presente al momento <input type="radio"/> Chiamato il 118 per accertamenti del caso	
Ospedale	Inviato all'ospedale	si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> _____
Familiare	Avvertito un familiare? Chi?	si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> _____
	Rientrato dall'ospedale? A che ora?	si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> _____