

## Vård- och omsorgsförvaltningen

Författare Katarina Funseth Medicinskt ansvarig rehabilitering	Datum för fastställande: 2021-11-01	Datum för senaste revision: 2024-03-25
Sakgranskare Ange namn		

# Fallrapport

Patient \_\_\_\_\_ Pers.nr: \_\_\_\_\_

Datum då patienten föll? \_\_\_\_\_ Klockslag: \_\_\_\_\_

Ungefärlig tid sedan patienten ätit: \_\_\_\_\_ tim.

Bedömer du risken att pat skall falla inom det närmaste halvåret som: Hög Låg**Var inträffade fallet?**

- Bostaden  
 Gemensamhetsutrymmen,  
Beskriv var: \_\_\_\_\_  
 Utomhus  
Beskriv var: \_\_\_\_\_  
 Annan lokal, ex affär.  
Beskriv var: \_\_\_\_\_

**Var i bostaden inträffade fallet?**

- Badrummet  
 Vid sängen  
 Vardagsrummet  
 Hallen  
 Köket  
 Annan plats i bostaden  
Beskriv så detaljerat som möjligt:  
\_\_\_\_\_

**Vad gjorde patienten vid tidpunkten för fallet?** Ett eller flera alternativ.

- Låg i sängen  
 Satt på sängkant  
 Förflyttning till/från säng/rullstol  
 Satt i rullstol/stol/fätölj  
 Reste sig/satte sig från säng/stol/fätölj  
 Gick inomhus  
o Med rollator  
o Utan rollator  
 På väg till/från toalett  
 Toalettbesök inkl ta av/på byxor  
samt förflytningsmoment  
 På/avklädning hygien  
 Plockade upp från golvet.  
 Hushållsbestyr ex diska, matlag, städning mm.  
 Gick utomhus  
o Med rollator  
o Utan rollator  
 Gick i trapp  
 Annat. Beskriv: \_\_\_\_\_

**Förändringar i patientens tillstånd senaste veckan?** Ett eller flera alternativ?

- Oro/förvirring  
 Yrsel  
 Sömnstörning  
 Feber  
 UVI  
 Förkylning  
 Aggressivitet  
 Ändrad mediciner  
 Annat. Beskriv: \_\_\_\_\_

**Faktorer som kan ha bidragit till fallet**

- Mörker  
 Matta  
 Halt golv  
 Möbler  
 Utan skor, ej lämpliga skor, kläderna sitter ej på ordentligt.  
 Annat. Beskriv: \_\_\_\_\_

Annan viktig information angående fallet:

---

---

Vidtagna åtgärder för att förhindra ytterligare fall?

---

---

---

Rapportör: \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_