

Vård- och omsorgsförvaltningen

Författare Katarina Funseth Medicinskt ansvarig rehabilitering	Datum för fastställande: 2021-11-01	Datum för senaste revision: 2021-11-02
Sakgranskare Ange namn		

Fallrapport

Patient _____ Pers.nr: _____

Datum då patienten föll? _____ Klockslag: _____

Ungefärlig tid sedan patienten ätit: _____ tim.

Bar höftbyxa vid fallet? Ja Ja, men byxan satt fel(t ex nedhasad) NejBedömer 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/fåtölj
- Reste sig/satte sig från säng/stol/fåtölj
- Gick inomhus
 - o Med rollator
 - o Utan rollator
- På väg till/från toalett
- Toalettbesök inkl ta av/på byxor samt förflyttningmoment
- På/avklädning hygien
- Plockade upp från golvet.
- Hushållsbestyr ex diska, matlagn, 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 medicinering
- 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 _____