

Fallrapport



Namn _____ Personnummer _____

Typ av boende _____

Händelsedatum _____ Veckodag _____ Klockslag _____

Var personen ensam vid fallet? Ja () Nej ()

Var inträffade fallet? _____
Ex. kök, hall, badrum, sovrum, allmänna utrymmen, utomhus

Vad gjorde personen? Beskriv händelsen! _____
Ex. låg/satt i stol/säng, gick, förflyttade sig mellan säng/stol-stol/stol, på/avklädning

Fotbeklädnad? _____ Yttre omständigheter? _____
Ex. barfota, strumpor, tofflor, skor Ex. mörker, halt/blött golv, matta, tröskel, möblering, hinder

Vilken typ av hjälpmedel är ordinerat? _____
Ex. käpp/krycka, rollator, gåbord, rullstol

Användes hjälpmedel vid olyckstillfället? Ja () Nej ()

Föregicks fallet av särskilda symptom? _____
Ex. oro, förvirring, yrsel, feber/infektion, lågt blodsocker, brister i nutrition

Läkemedel? Ja () Nej ()
(Om ja, fyll i nedanstående alternativ!)

Lugnande/sömnmedel/neuroleptika
Diuretika
Antihypertensiva (annat än diuretika)
Antiparkinson läkemedel
Antidepressiva läkemedel
Andra läkemedel

Konsekvenser av fallet? _____

Tidigare fall? _____

Hur kan man förhindra nytt fall? _____

Rapportör/datum

Omv. ansvarig ssk/datum

Ansv. chef/områdeschef/datum