

1.6.4 Sturzrisikoskala

Formular 13: Sturzrisikoskala

| Name: | | Vorname: | | Geb.-Datum: | | Jahr: | | Blatt-Nr.: | | |
|---|--|---|--|--|-----------------------------|-------|--|------------|--|--|
| Parameter | 4 Punkte | 3 Punkte | 2 Punkte | 1 Punkt | Evaluation | | | | | |
| | | | | Datum | | | | | | |
| Alter und Tandemstand nicht möglich | / | 80+ | 70-79 | 60-69 | Punkte der jeweiligen Zeile | | | | | |
| Hirnleistungsstörung/nicht korrigierte Visusbeeinträchtigung | schwergradig | mittelgradig | leichtgradig | passagere Auffälligkeiten | | | | | | |
| Ausscheidung | harn- und stuhlkontinent | kontinent braucht jedoch Hilfe | bekannte Niereninsuffizienz (Kreatinin > 150 µmol/l) | Blasenverweilkatheter/Enterostoma | | | | | | |
| Stürze in der Vorgeschichte | bereits mehr als drei Mal gestürzt | / | bereits ein oder zwei Mal gestürzt | / | | | | | | |
| Aktivitäten | beschränkt auf Bett und Stuhl | aufstehen aus Bett mit Hilfe | Mobilität < 50 m | selbstständig/benutzt Bad und Toilette | | | | | | |
| Gang und Gleichgewicht | ungleichmäßig/instabil, kann kaum die Balance halten im Stehen und Gehen | orthostatische Störung/Kreislaufprobleme beim Aufstehen und Gehen | Gehbehinderung/evtl. gehen mit Gehhilfe oder Assistenz | / | | | | | | |
| Medikamente (hier auch zukünftig geplante sowie die der letzten 7 Tage) | vier oder mehr Medikamente | zwei Medikamente | ein Medikament | / | | | | | | |
| Alkoholische Getränke | regelmäßig | / | gelegentlich | / | | | | | | |
| Punktzahl: | bis 4 Punkte: geringes Sturzrisiko ab 4 Punkte: Maßnahmen zur Sturzverhinderung einleiten 5-10 Punkte: hohes Sturzrisiko 11-24 Punkte: sehr hohes Sturzrisiko | | | Punkte gesamt | | | | | | |

1.6.5 Sturzprotokoll

Formular 14: Sturzprotokoll

| | | | | | | | | | |
|--|--|----------|--|-------------|---|-------|--|------------|--|
| Name: | | Vorname: | | Geb.-Datum: | | Jahr: | | Blatt-Nr.: | |
| Zeitpunkt des Sturzes Datum: Uhrzeit: War jemand dabei: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche Person/en? | | | | | Wie waren die Lichtverhältnisse während des Sturzes? <input type="checkbox"/> hell <input type="checkbox"/> dunkel <input type="checkbox"/> blendend <input type="checkbox"/> dämmrig <input type="checkbox"/> Schattenbildung | | | | |
| Ort des Sturzes <input type="checkbox"/> Flur <input type="checkbox"/> Zimmer <input type="checkbox"/> Tagesraum <input type="checkbox"/> Bad <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Sitzzecke Sonstiger Ort: | | | | | Umgebung des Körpers Schuhe <input type="checkbox"/> feste <input type="checkbox"/> offene <input type="checkbox"/> Schnürsenkel offen <input type="checkbox"/> mit Strümpfen <input type="checkbox"/> barfuß Kleidung <input type="checkbox"/> zu locker <input type="checkbox"/> zu eng <input type="checkbox"/> Kleid/Rock <input type="checkbox"/> Hose Brille <input type="checkbox"/> verschmutzt <input type="checkbox"/> wird benötigt, aber nicht getragen Hörgerät <input type="checkbox"/> verschmutzt <input type="checkbox"/> wird benötigt, aber nicht getragen | | | | |
| Kann sich der Bew./Pat. über den Vorgang des Sturzes äußern? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Was sagt er/sie dazu: | | | | | Inkontinenzversorgung <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> benötigt Hilfe | | | | |
| Sind aus der Vorgeschichte Stürze bekannt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> im Haus <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> Siehe Sturzrisikoerhebungsbogen Sind prophylaktische Maßnahmen durchgeführt worden? <input type="checkbox"/> Ja (siehe Pflegeplan) <input type="checkbox"/> Nein | | | | | Benutzt der Bew./Pat. eines der folgenden Hilfsmittel? <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Gehböck <input type="checkbox"/> Gehstützen <input type="checkbox"/> Delta-Gehrad <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Sonstiges | | | | |
| Verlaufsbericht über die Zeit nach dem Sturz: Folgen des Sturzes <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Ja, folgende: Schmerzäußerungen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bewegungseinschränkung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | | | Verletzungen Schmerzen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Hämatome <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Offene Wunden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Knochenbrüche <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | | |
| Wie kam es zu dem Sturz? Ist der Bew./Pat. gestolpert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ursache: Ist der Bew./Pat. ausgerutscht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ursache: Ist der Bew./Pat. zu Boden geschlittert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | | | Maßnahmen Vitalzeichenkontrolle: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Röntgen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Chirurgische Intervention <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein beh. Arzt informiert <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Sonstige: | | | | |
| Beschreiben Sie die Situation: Wurde der Bew./Pat. bedrängt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wodurch? War ein Hindernis vorhanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welches? Ist der Bew./Pat. aus dem Bett gefallen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Hatte der Bew./Pat. ein Bettgitter? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein War das Bettgitter hochgezogen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | | | | | | | |
| Protokoll erstellt: Datum: Uhrzeit: | | | | | Unterschrift | | | | |