

Socialkontoret  
Annicka Pantzar  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Fallolycksjournal som sker inom LSS

Boendenhet/ Daglig verksamhet: .....

Namn .....

Person nr .....

Datum för fallolyckan .....

Veckodag .....Klockslag .....

### VAR INTRÄFFADE FALLOLYCKAN

- 1. Hall/kök
- 2. Vardagsrum/dagrum
- 3. Badrum/toalett
- 4. Sovrum
- 5. Korridor
- 6. Annan plats .....

### TYP AV FALLOLYCKA:

- 1. På plana golvet
- 2. På tröskel/matta
- 3. Från rullstol/rollator
- 4. Från stol
- 5. Från toalettstol
- 6. Från säng
- 7. Annat fall .....

### FOTBEKLÄDNAD VID OLYCKSTILLFÄLLET:

- 1. Barfota
- 2. Strumpor
- 3. Tofflor
- 4. Skor

### VILKEN TYP AV GÅNGHJÄLPMEDEL ANVÄNDES?

- 1. Rullstol
- 2. Rollator
- 3. Gångbord
- 4. Käpp/krycka
- 5. Inget

### ANVÄNDES HÖFTSKYDDSBYXA VID OLYCKSTILLFÄLLET?

- 1. Ja
- 2. Nej

### VAR DEN BOENDE ENSAM VID OLYCKSTILLFÄLLET?

- 1. Ja
- 2. Nej

### AKUT VIDTAGEN ÅTGÄRD VID OLYCKSTILLFÄLLET:

- 1. Hjälpt upp t.ex. till stol
- 2. Omvårdnad t.ex. sårvård
- 3. Kontakt med ansvarig sjuksköterska
- 4. Kontakt med läkare
- 5. Transport till sjukhus

HUR GICK FALLOLYCKAN TILL? .....

.....

### KOGNITIV SVIKT/ DEMENS

.....

AKTUELL MEDICIN: .....

.....

SKADAD KROPPSDEL:.....

Namn:.....

Personnummer:.....

(Markera med kryss i ruta/rutor)

	Fraktur	Vrickning/ Stukning	Sårskada	Smärta	Blåmärk e/svulln ad	Ingen synlig skada
1. Huvud/ hals						
2. Axel/ överarm						
3. Armbåge/ underarm						
4. Hand/ handled						
5. Fot/ fotled						
6. Knä/ underben						
7. Bäckén/ lår						
8. Annan kroppsdel						
9. Ingen synlig skada						
10. Rygg						

\_\_\_\_\_  
Namn omvårdnadspersonal

\_\_\_\_\_  
Namn Sjuksköterska

\_\_\_\_\_  
Namn arbetsterapeut

Åtgärder/ Uppföljning

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Originalet i journalen, kopia till Medicinskt ansvarig sjuksköterska