

Socialförvaltningen
Annicka Pantzar
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Fallolycksjournal

Boendeenhet:
Namn:.....
Datum för fallolyckan:.....
VeckodagKlockslag

Avd/plan/våning:
Person nr:.....
Rapporten upprättad av:.....

VAR INTRÄFFADE FALLOLYCKAN

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

VILKEN TYP AV GÅNGHJÄLPMEDEL ANVÄNDES?

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

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

ANVÄNDES HÖFTSKYDDSBYXA VID OLYCKSTILLFÄLLET?

- 1. Ja
- 2. Nej

VAR DEN BOENDE ENSAM VID OLYCKSTILLFÄLLET?

- 1. Ja
- 2. Nej

FOTBEKLÄDNAD VID OLYCKSTILLFÄLLET:

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

AKUT VIDTAGEN ÅTGÄRD VID OLYCKSTILLFÄLLET:

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

HUR HJÄLPTES DEN BOENDE UPP

- 1. Kom upp själv
- 2. Hjälp av 1 personal
- 3. Hjälp av 2 personal
- 4. Hjälp av 2 personal, mobil lyft och akutsele

REGISTRERING I SENIOR ALERT

- Görs av sjuksköterska**
- 1. Ja
 - 2. Nej

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 kroppsdél						
9. Ingen synlig skada						
10. Rygg						

Namn omvårdnadspersonal

Namn ssk

Namn Fysioterapeut

Namn arbetsterapeut

Åtgärder/ Uppföljning

Datum _____

Originalét i journalén, vid uppkommen allvarlig vårdskada (ex. fraktur eller behov av sjukhusvård), kopia till Mas