

FALLRAPPORT

1. Vem föll? För- och efternamn + telnr _____

2. När föll personen? (år, mån, dag): ____ - ____ - ____ Klockan: ____: ____

3. Var inträffade fallet? _____

4. Fanns vittne till fallet? personal anhörig andra inga

5. Har personen ramlat tidigare? ja en gång två eller flera gånger nej

Personen medger att rapporten får skickas till vårdcentralen ja

6. Vad gjorde personen vid

tidpunkten för fallet? Kryssa i en ruta:

- låg i säng/satt i stol
- stod stilla
- flyttade över från stol/säng till stol
- reste sig/satte sig
- gick inomhus
- gick utomhus
- gick i trappa
- vet ej

Annat? _____

7. Vilken aktivitet sysslade

personen med? Kryssa i en ruta:

- var på väg till/från toaletttrum
- toabesök (inkl. ta på/av byxor)
- på/avklädning, hygien
- bar på något (kläder, porslin mm)
- plockade upp från golv
- diskning/matlagning
- städning
- vet ej

Annat? _____

8. Föregicks fallet av några särskilda symtom?

Kryssa i en eller flera rutor:

- oro
- yrsel
- förvirring
- feber
- urinträngning
- förkylning
- vet ej
- nej

Annat? _____

9. Särskilda yttre omständigheter?

Kryssa i en eller flera rutor:

- mörker
- halt golv (ev. blött)
- matta
- gånghjälpmedel (svårt hantera, trasigt)
- hinder (tröskel, möbler)
- utan skor
- vet ej
- nej

Annat? _____

10. Konsekvenser av fallet?

inga skador

fraktur: _____

andra skador: _____

rädsla/oro

11. Vilka åtgärder vidtogs efter fallet?

extra tillsyn/övervakning

sjukhusvård

inga

läkarkontakt

kontakt sjuksköterska

Annat? _____

Datum (år, mån, dag): ____ - ____ - ____

Namn + telnr till rapportör: _____