



Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília		
<b>Protocolo Assistencial HCFAMEMA</b>		
<b>Núcleo de Gestão de Segurança e de Risco do Paciente</b>		
<b>Protocolo de Prevenção de Quedas</b>		
<b>Nº: HC-NSP-03</b>	<b>Revisão: 0</b>	<b>Vigência: 08/2021</b>

## 1 OBJETIVO

Este protocolo tem como objetivo reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais<sup>1</sup>.

## 2 APLICABILIDADE

O protocolo deverá ser aplicado em todas as unidades de produção do cuidado de saúde (por exemplo, unidades de internação, salas de emergência, centro cirúrgico, ambulatórios) em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos, abrangendo o período total de permanência do paciente.

## 3 SIMBOLOS E ABREVIATURAS

EQM - Escala de Quedas de Morse

EUA - Estados Unidos da América

HCFAMEMA - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília

NSP - Núcleo Gestão de Segurança e Risco do Paciente

OMS - Organização Mundial da Saúde

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

## 4 DEFINIÇÃO

De modo geral, a hospitalização aumenta o risco de queda, pois os pacientes se encontram em ambientes que não lhes são familiares, muitas vezes são portadores de doenças que predispõem à queda (demência e osteoporose) e muitos dos procedimentos terapêuticos, como as múltiplas restrições de medicamentos, podem aumentar esse risco<sup>2</sup>.

Estudos indicam que a taxa de queda de pacientes em hospitais de países desenvolvidos variou entre 3 (três) a 5 (cinco) quedas por 1.000 pacientes-dia<sup>3</sup>. Segundo os autores, as quedas não se distribuem uniformemente nos hospitais, sendo mais frequentes nas unidades com concentração de pacientes idosos, neurológicos e em reabilitação.

Um estudo em um hospital na Califórnia, EUA, destacou a presença de queda em pacientes pediátricos. Essas foram mais comuns entre os meninos e decorreram



principalmente de pisos molhados, tropeços em equipamentos e em objetos deixados ao chão<sup>4</sup>. A maior parte dos eventos ocorreu na presença dos pais<sup>5</sup>. Quedas de pacientes produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que 6% a 44% desses pacientes sofrem danos de natureza grave, como fraturas, hematomas subdurais e sangramentos, que podem levar ao óbito<sup>6</sup>. A queda pode gerar impacto negativo sobre a mobilidade dos pacientes, além de ansiedade, depressão e medo de cair de novo, o que acaba por aumentar o risco de nova queda<sup>1</sup>.

Geralmente a queda de pacientes em hospitais está associada a fatores vinculados tanto ao indivíduo como ao ambiente físico, entre os fatores vinculados ao paciente destacam-se: idade avançada (principalmente idade acima de 85 anos), história recente de queda, redução da mobilidade, incontinência urinária, uso de medicamentos e hipotensão postural<sup>7</sup>.

Com relação aos fatores ambientais e organizacionais, podem ser citados: pisos desnivelados, objetos largados no chão, altura inadequada da cadeira, insuficiência e inadequação dos recursos humanos<sup>7</sup>.

Quedas de pacientes contribuem para aumentar o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais, gerarem ansiedade na equipe de saúde, além de produzir repercussões na credibilidade da instituição e repercussões de ordem legal<sup>8</sup>.

As intervenções com multicomponentes tendem a ser mais efetivas na prevenção de quedas. Fazem parte dessas intervenções<sup>7</sup>:

- Avaliação do risco de queda;
- Identificação do paciente com risco com a sinalização à beira do leito;
- Agendamento dos cuidados de higiene pessoal;
- Revisão periódica da medicação;
- Atenção aos calçados utilizados pelos pacientes;
- Educação dos pacientes e dos profissionais;
- Revisão da ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas.

**Queda** significa o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), incluindo vaso sanitário<sup>9,10</sup>.

O protocolo de prevenção de quedas inclui as seguintes intervenções:

#### **4.1 AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA**

A avaliação do risco de queda deverá ser feita no momento da admissão do paciente com o emprego de uma escala adequada ao perfil de pacientes da instituição. Esta avaliação deve ser revisada periodicamente e, sempre que houver alteração do quadro do paciente ou quando submetido à anestesia ou sedação até a alta do paciente.



Na admissão deve-se também avaliar a presença de fatores que podem contribuir para o agravamento do dano em caso de queda, especialmente risco aumentado de fratura e sangramento. Osteoporose, fraturas anteriores, uso de anticoagulante e discrasias sanguíneas são algumas das condições que podem agravar o dano decorrente de queda<sup>6</sup>.

#### **4.1.1 FATORES DE RISCO PARA QUEDA**

- Demográfico: crianças < 5 anos e idosos > 65 anos;
- Psico-cognitivos: declínio cognitivo, depressão, ansiedade;
- Condições de saúde e presença de doenças crônicas: acidente vascular cerebral prévio, hipotensão postural, tontura, convulsão, síncope, dor intensa, baixo índice de massa corpórea, anemia, insônia, incontinência ou urgência miccional, incontinência ou urgência para evacuação, artrite, osteoporose, alterações metabólicas (como, por exemplo, hipoglicemia);
- Funcionalidade: dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária, necessidade de dispositivo de auxílio à marcha, fraqueza muscular e articular, amputação de membros inferiores, e deformidades nos membros inferiores;
- Comprometimento sensorial: visão, audição ou tato;
- Equilíbrio corporal: marcha alterada;
- Uso de medicamentos: Benzodiazepínicos, antiarrítmicos, anti-histamínicos, antipsicóticos, antidepressivos, digoxina, diuréticos, laxativos, relaxantes musculares, vasodilatadores, hipoglicemiantes orais, insulina, e polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos);
- Obesidade severa;
- História prévia de queda.

#### **4.1.2 PACIENTE COM ALTO RISCO DE QUEDA**

- Paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, mas possui pelo menos um fator de risco;
- Paciente dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades, com ou sem a presença de algum fator de risco. Anda com auxílio (de pessoa ou de dispositivo) ou se locomove em cadeira de rodas;
- Paciente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização de exames ou transferência, com ou sem a presença de fatores risco.

#### **4.1.3 PACIENTE COM BAIXO RISCO DE QUEDA**

- Paciente acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda de terceiros, com ou sem fatores de risco.
- Indivíduo independente e sem nenhum fator de risco.



#### 4.2 AVALIAÇÃO DO GRAU DE RISCO DE QUEDA DE PACIENTES ADULTOS

Existem diversas escalas úteis na avaliação do risco de queda de um paciente; porém a *Morse Fall Scale* é a que mais tem relatos na literatura<sup>11</sup>. Mundialmente utilizada, a escala permite efetivamente identificar o risco de quedas em adultos hospitalizados. Também, foi traduzida e adaptada transculturalmente para a língua portuguesa<sup>12</sup>, sendo um instrumento simples e rápido, utilizando-se de apenas seis perguntas.

Perguntas da escala de avaliação de risco de Morse:

1. História de quedas nesta internação, urgência/ ou nos últimos 3 (três) meses?
2. Diagnóstico(s) secundário(s)?
3. Auxílio para caminhar?
4. Terapia endovenosa?
5. Postura no andar (marcha)?
6. Estado mental?

Para cada pergunta é atribuído uma pontuação (pré-definida, conforme **ANEXO I**), após somar os pontos é definido o grau de queda de cada paciente.

Classificação	Pontuação
Sem Risco	0 – 24 pontos
Baixo Risco	25 – 50 pontos
Alto Risco	Maior/igual 51 pontos

Fator de Exclusão na Utilização da Escala de Quedas de Morse (EQM): Clientes com impossibilidade funcional de cair, ou seja, que não possuam atividade motora. A queda é um tipo de autocuidado, logo pressupõe ação. Assim, à um cliente tetraplégico, em coma, sedado ou sem atividade motora não se aplica a EQM.

#### 4.3 AVALIAÇÃO DO GRAU DE RISCO DE QUEDA DE CRIANÇAS

A avaliação do risco de queda de crianças será realizada por meio da aplicação da Ficha de Avaliação para Risco de Queda em Crianças no Ambiente Hospitalar - Escala HumptyDumpty adaptada para pediatria (**ANEXO II**). Do momento da admissão do paciente até sua alta, sendo revisada diariamente, conforme a rotina da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

##### 4.3.1 FATORES DE RISCO PARA QUEDA EM CRIANÇAS

Os fatores que predispõem as quedas na criança são os mesmos que predispõem no adulto (citados em 4.1.1 deste documento).



#### **4.3.2 UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE HUMPTY-DUMPTY ADAPTADA**

São avaliados os seguintes parâmetros: idade, sexo, diagnóstico, fatores ambientais, medicações usadas, deficiências cognitivas, cirurgia/sedação/anestesia.

Na Escala Humpty-Dumpty adaptada, são atribuídos pontos a parâmetros pré-definidos e o somatório desses pontos definirão o risco de queda.

Critérios de avaliação: a soma das pontuações atribuídas a cada um dos 7 (sete) parâmetros (mínima 7 e máxima 22) definirá o grau de risco de queda da criança, de acordo com a Escala Humpty-Dumpty.

A criança será classificada com alto risco de queda ou baixo risco de queda.

- Baixo risco de queda: de 7 a 11 pontos na escala Humpty-Dumpty
- Alto risco de queda: de 12 a 22 pontos na escala Humpty-Dumpty

#### **4.4 IDENTIFICANDO O PACIENTE COM RISCO DE QUEDA**

O paciente no momento da admissão na unidade de produção do cuidado deverá ser avaliado pelo enfermeiro quanto ao risco de queda aplicando os instrumentos próprios (Escala de Morse para adultos e Escala de Humpty-Dumpty para crianças) até a alta, sendo revisada diariamente, conforme a rotina da sistematização da assistência de enfermagem (SAE). O risco de queda deverá ficar sinalizado na placa de Identificação do Paciente (beira leito) e atualizada sempre que necessário.

#### **4.5 PLANEJANDO A ASSISTÊNCIA DO CUIDADO**

Após a avaliação do risco de queda e identificação do paciente com risco de queda, deverá ser planejada a assistência do cuidado pela equipe multidisciplinar, desde cuidados de higiene pessoal e revisão de medicações, à limpeza e organização do ambiente, visando melhor qualidade da assistência e amenização dos riscos.

##### **4.5.1 AÇÕES PREVENTIVAS**

- **Medidas Gerais:** a unidade de produção do cuidado deverá adotar medidas gerais para a prevenção de quedas de todos os pacientes, independente do risco. Tais medidas incluem:

- Criação de um ambiente de cuidado seguro conforme legislação vigente: pisos antiderrapantes, mobiliário e iluminação adequada, corredores livres de obstáculos (por exemplo, equipamentos, materiais e entulhos);
- Orientação e supervisão do uso de vestuário e calçados adequados;
- Movimentação segura dos pacientes;
- Adequação das acomodações e do mobiliário à faixa etária, aos pacientes pediátricos;
- Orientações aos pacientes e familiares sobre o risco de queda e de dano por queda, e também sobre como prevenir sua ocorrência.



Essas ações devem ocorrer na admissão e durante a permanência do paciente no hospital.

- **Medidas Específicas:** a equipe da unidade de produção do cuidado deverá avaliar o risco de queda e definir as ações de caráter preventivo para pacientes que apresentem tal risco. Medidas individualizadas para prevenção de queda aos pacientes devem ser prescritas individualmente e implementadas, além de assegurar a comunicação efetiva entre profissionais e serviços sobre o risco de queda e risco de dano da queda, bem como sobre as medidas de prevenção. A reavaliação do risco dos pacientes deverá acontecer em caso de transferência de setor, mudança do quadro clínico, episódio de queda durante a internação ou na identificação de outro fator de risco.

## 5 MONITORAMENTO E INDICADORES

Todos os pacientes internados e/ou ambulatoriais devem ser devidamente avaliados quanto aos riscos de queda na entrada da instituição.

Estratégias devem ser criadas para monitorização desta ação, como por exemplo:

- **Notificação de queda de pacientes**

Para monitorar as ocorrências de queda de pacientes no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília (HCFAMEMA) será utilizada a notificação de quedas de pacientes (**ANEXO III**). Tal notificação deverá ser preenchida pelo profissional da enfermagem, contendo a avaliação médica, que posteriormente encaminhará à Chefia de Enfermagem de sua Unidade Técnica ou diretamente ao Núcleo de Gestão de Segurança e Risco do Paciente (NSP) para alimentação do banco de dados através do FAMEMA-SISTEMAS. Após, encaminhará o impresso preenchido ao NSP para análise dos dados e futuramente criação plano de ação. Essa notificação também deve ser registrada no prontuário do paciente. Este processo está sendo aperfeiçoado com a implantação e implementação do Protocolo de Prevenção de Queda, onde o paciente é avaliado quanto ao risco de queda na admissão, com responsabilidades da equipe em sua prevenção. Entretanto, caso essa venha a ocorrer, a queda deverá ser notificada conforme já ocorre atualmente.

Caso o acompanhante ou visitante sofra queda dentro da instituição também deverá realizar notificação de queda e encaminhar documento para atendimento, podendo ser no local da queda (por exemplo, ambulatório) ou no Pronto Socorro. Esta notificação deve seguir a mesma rotina da notificação de queda do paciente, encaminhadas diretamente ao NSP ou à Chefia de Enfermagem das demais Unidades Técnicas, constando a avaliação do enfermeiro e do médico. Nos casos de recusa de atendimento médico o fato deverá ser registrado notificação.

- **Indicadores**

O NSP irá analisar e divulgar os indicadores gerados pelas notificações de queda, além de desenvolver ações preventivas juntamente com as unidades de produção do cuidado sempre que se fizer necessário.

Principais indicadores a serem levantados:



- Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão;
- Número de quedas com dano;
- Número de quedas sem danos;
- Índice de quedas  $[(n^{\circ} \text{ de eventos} / n^{\circ} \text{ de paciente-dia}) * 1000]$ : este indicador pode ser monitorado utilizando um diagrama de controle, visando não só construir a série histórica do evento, como também auxiliar a estabelecer metas e parâmetros de avaliação.

Para garantir que toda a equipe envolvida esteja devidamente treinada para colocar em prática as medidas descritas neste protocolo, foi desenvolvido um **Procedimento Operacional Padrão (POP) relativo a Prevenção de Quedas**, o mesmo tem como objetivo, treinar, orientar e padronizar as atividades referentes a prevenção de quedas, deixando aptos os profissionais envolvidos para realizar a avaliação do risco de queda e a notificação das quedas existentes na instituição.

## 6 REFERÊNCIAS

1. Protocolo Prevenção de Quedas. Ministério da saúde/Anvisa/Fiocruz. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente.
2. Dykes PC, Carroll DL, Hurley A, Lipsitz S, Benoit A, Chang F, et al. Fall prevention in acute care hospitals: a randomized trial. JAMA 2010; 304(17):1912-8
3. Oliver D, Healey F, Haines TP. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. Clin Geriatr Med 2010; 26(4):645-92.
4. Cooper CL, Nolt JD. Development of an evidence-based pediatric fall prevention program. J Nurs Care Qual 2007; 22(2):107-12.
5. Hospital Israelita Albert Einstein - HIAE (São Paulo). Protocolos, Guias e Manuais voltados à Segurança do Paciente. 2012.
6. Boushon B, Nielsen G, Quigley P, Rutherford P, Taylor J, Shannon D, Rita S. How-to Guide: Reducing Patient Injuries from Falls. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012. Disponível em: [www.ihc.org](http://www.ihc.org). Acesso em: 04 abr. 2013.
7. Miake-Lye IM, Hempel S, Ganz DA, Shekelle PG. Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. Ann Intern Med 2013; 158:390-6.
8. Correa AD, Marques IAB, Martinez MC, Santesso PL, Leão ER, Chimentão DMN. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. Rev Esc Enferm [periódico na internet]. 2012;46(1):67-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a09.pdf> [Acessado em 14/08/2018].



9. Sociedade Hospital Samaritano. Diretriz assistencial: prevenção, tratamento e gerenciamento de quedas. São Paulo (S); 2013.
10. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Projeto Diretrizes. Queda em Idosos: Prevenção. 2008.
11. PERELL, K.L.; NELSON, A.; GOLDMAN, R.L.; LUTHER, S.L.; LEWIS, N.P.; RUBENSTEIN, L.Z. Fall risk assessment measures: an analytic review. **Journal of Gerontology: medical sciences**, v. 56, n. 12, p.761-766, 2001.
12. Urbanetto JS, Creutzberg M, Franz F, Ojeda BS, Gustavo AS, Bittencourt HR, et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. Rev Esc Enferm USP. [Internet]. 2013 [Acesso 15 Ago 2018];47(3):569-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00569.pdf>

## 7 ANEXOS

Nº	Título	Local
I	Avaliação de Risco de Queda/Adulto – Escala de Morse	Página 9
II	Avaliação de Risco de Queda/Infantil – Escala de Humpty-Dumpty Adaptada	Página 10
III	Notificação de Queda do Paciente/Acompanhante/Visitante	Página 11





**ANEXO I - AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA/ADULTO – ESCALA DE MORSE**

Avaliação Risco de Queda – Adulto	Revisão: 01	Página 1/1	Revisado em 20/02/2019
-----------------------------------	-------------	------------	------------------------

Nome: \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Unidade/Setor: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

**Escala de Morse**  
**\*para pacientes acima de 14 anos**

<i>Morse Fall Scale - Versão original<sup>13</sup></i>	<i>Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil</i>	<b>Pontos</b>
<b>1. History of falling</b> <i>No</i> <i>Yes</i>	<b>1. Histórico de quedas</b> Não Sim	0 25
<b>2. Secondary diagnosis</b> <i>No</i> <i>Yes</i>	<b>2. Diagnóstico Secundário</b> Não Sim	0 15
<b>3. Ambulatory aid</b> <i>None/Bed read/Nurse assist</i> <i>Crutches/Cane/Walker</i> <i>Furniture</i>	<b>3. Auxílio na deambulação</b> Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde Muletas/Bengala/Andador Mobiliário/Parede	0 15 30
<b>4. Intravenous Therapy/Heparin lock</b> <i>No</i> <i>Yes</i>	<b>4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado</b> Não Sim	0 20
<b>5. Gait</b> <i>Normal/Bed rest/Wheelchair</i> <i>Weak</i> <i>Impaired</i>	<b>5. Marcha</b> Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas Fraca Comprometida/Cambaleante	0 10 20
<b>6. Mental status</b> <i>Oriented to own ability</i> <i>Overestimates/forgets limitations</i>	<b>6. Estado Mental</b> Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação Superestima capacidade/Esquece limitações	0 15

**Pontuação total** \_\_\_\_\_  
**Classificação do Grau de Risco** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Avaliador (Assinatura e Carimbo)

<b>Classificação</b>	<b>Pontuação</b>
Sem Risco	0 – 24 pontos
Baixo Risco	25 – 50 pontos
Alto Risco	Maior/igual 51 pontos



**ANEXO II - AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA/INFANTIL – ESCALA DE HUMPTY-DUMPTY ADAPTADA**

Avaliação Risco de Queda – Infantil | Revisão: 01 | Página 1/1 | Revisado em 20/02/2019

Nome: \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Unidade/Setor: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

**Escala de Humpty-Dumpty Adaptada**  
**\*para pacientes até 13 anos**

PARÂMETROS	CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO
Idade	Menos de 3 anos	4
	Entre 3 e 6 anos	3
	Entre 7 e 12 anos	2
	13 anos	1
Sexo	Masculino	2
	Feminino	1
Diagnóstico	Neurológico	4
	Alteração na oxigenação (diagnóstico respiratório, desidratação, anorexia, anemia, síncope/tonturas)	3
	Transtornos psíquicos	2
	Outros diagnósticos	1
Fatores ambientais	História de queda anterior	4
	Criança faz uso de aparelho auxiliar de marcha, berço ou cama com muitos equipamentos, quarto com pouca iluminação	3
	Criança acamada	2
	Criança que deambula	1
Medicação usada	Faz uso de 2 ou mais dos seguintes medicamentos: sedativos, hipnóticos, barbitúricos, antidepressivos, laxantes, diuréticos ou narcóticos	3
	Faz uso de 1 dos seguintes medicamentos: sedativos, hipnóticos, barbitúricos, antidepressivos, laxantes, diuréticos ou narcóticos	2
	Faz uso de outros medicamentos ou não usa	1
Deficiências cognitivas	Não consciente de suas limitações	3
	Esquece suas limitações	2
	Orientado de acordo com suas capacidades	1
Cirurgia/sedação/anestesia	Há 24h	3
	Há 48h	2
	Há mais de 48 horas ou nenhum	1
	<b>Total</b>	
	<b>Classificação do Risco</b>	



**ANEXO III - NOTIFICAÇÃO DE QUEDA DO PACIENTE/ACOMPANHANTE/VISITANTE**

Notificação de Queda do Paciente/Acompanhante/Visitante	Revisão: 01	Página 1/1	Revisado em 20/02/2019
---	-------------	------------	------------------------

Nome: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Unidade/Setor: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Nº Internação/FAA: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Data da queda: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

Local onde ocorreu a queda: \_\_\_\_\_

Descrição do incidente:

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

Conduta do Enfermeiro:

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

Condições psicológicas do paciente: ( ) Lúcido ( ) Confuso ( ) Períodos de Confusão ( ) Outros

Condições de mobilidade do paciente: ( ) Deambula ( ) Não deambula ( ) Deambula com dificuldade

Estava em cama com grade? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

Necessitava de cama com grade? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

Estava prescrita alguma forma de contenção? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

O paciente necessitava de acompanhante? ( ) Sim ( ) Não

O paciente tinha acompanhante? ( ) Sim ( ) Não

Se não, por quê? \_\_\_\_\_

O acompanhante e/ou familiar foi comunicado? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, quem: \_\_\_\_\_ Se não, por quê? \_\_\_\_\_

Enfermeiro do plantão: \_\_\_\_\_

Funcionário responsável pelo leito: \_\_\_\_\_

Apresentou lesão pós queda? ( ) Sim ( ) Não

Descreva a lesão: \_\_\_\_\_

Avaliação Médica após a queda:

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

Observações:

Pontuação Escala Morse/Humpty-Dumpty: Na Admissão (\_\_\_\_\_) No Momento da Queda (\_\_\_\_\_) Risco de Queda: Na Admissão (\_\_\_\_\_) No Momento da Queda (\_\_\_\_\_) - Baixo/Médio/Alto

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Responsável pelo preenchimento da notificação: \_\_\_\_\_

*Handwritten signature in blue ink.*



## 7 CONTROLE DE QUALIDADE

### 7.1 HISTÓRICO DE REVISÃO

Nº da Revisão	Data	Item	Alteração
0			

### 7.2 ELABORAÇÃO

Setor	Nome
NSP	Carlos Rodrigues da Silva e Filho
NSP	Cristiane Helena Neves Barbosa
NSP	Patrícia Bugula Vieira de Oliveira

### 7.3 CONFERÊNCIA

Setor	Nome
Gerência de Gestão, Planejamento e Avaliação	Marcos Henrique de Jesus

### 7.4 APROVAÇÃO

Marília, 01 de agosto de 2019.

Dr. Luciano Roberto de Freitas Vicentini  
Departamento de Atenção à Saúde  
em Alta Complexidade – HCI

Dra. Alexandra Haikel Zayed  
Departamento de Atenção à Saúde  
Materno Infantil – HCII

Dra. Vanessa Ramos Pires Dinarte  
Departamento de Atenção à Saúde  
Ambulatorial e Hospital Dia

Dra. Doralice Marvulle Tan  
Departamento de Atenção à Saúde  
em Hemoterapia

Cristina Toshie de Macedo Kuabara  
Departamento de Atenção à Saúde de  
Apoio, Diagnóstico e Terapêutica

Dr. João Alberto Salvi  
Diretoria Clínica

Dra. Paloma Aparecida Libanio Nunes  
Superintendente – HCFAMEMA