

ROTINA DE REDUÇÃO DE QUEDAS – META INTERNACIONAL DE SEGURANÇA 6 (MIS-06)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº MIS-06
	REDUZIR O RISCO DE QUEDAS EM ADULTOS	Data de Emissão: Fevereiro/2016
		Edição: 01 Revisão:

1 OBJETIVOS

Reduzir ou eliminar a ocorrência de queda de usuários nos pontos de assistência e o dano decorrente;

Desenvolver medidas preventivas que contemplem a avaliação de risco individualizada;

Garantir o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro;

Promover a educação do usuário, familiares e profissionais.

2 APLICAÇÃO

Esta rotina se aplica a **todas** as unidades assistenciais do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas – HE/UFPEL EBSERH, onde são atendidos usuários internados.

3 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R.A.R.; ABREU C.C.F, MENDES, A.M.O.C. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. Rev. Enf. Ref.; v.3, n. 2, p. 2163 - 72, 2010.
- ABREU C; MENDES A; MONTEIRO J; SANTOS F.R. Falls in hospital settings: a longitudinal study. Rev. Lat. Am Enfermagem [online]; v. 20, n.3. p. 597-603, 2012
- BARBOSA P; CARVALHO L; SANDRA C. Escala de quedas de Morse. Manual de utilização. Escola Superior de Enfermagem do Porto. V.1, 2015. Disponível em: http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/978-989-98443-8-4.pdf. Acesso em: 28/01/2016
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html> Acesso em 31 dez. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Fiocruz. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Protocolo Prevenção de Quedas [Internet]. Rio de Janeiro: ANVISA; 2013
- CORREA A.D.; MARQUES I.A.B, MARTINEZ, M.C.; LAURINO, P.S.; LEÃO E.R.; CHIMENTÃO, D.M.N. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. Rev Esc Enferm USP. v. 46, n. 1, p. 67-74, 2012.

- URBANETTO, J. S. et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. Rev Esc Enferm USP. v. 47, n. 3, p. 569-75. 2013.

4 EXIGÊNCIA

- Que todo o usuário internado seja avaliado quanto ao risco de queda no momento de sua admissão hospitalar;
- Que todos os usuários internados sejam **diariamente reavaliados pelo enfermeiro** para o risco de queda;
- Que em casos de transferência de unidade, mudança de quadro clínico, surgimento de fatores predisponentes o usuário seja reavaliado;
- Que para a avaliação do risco de queda sempre seja utilizada a Ficha de Avaliação de Risco de Queda em Ambiente Hospitalar (Escala de Morse) e acompanhamento (Anexo 1)
- Que em todo usuário com risco de queda **seja colocada a pulseira amarela**, a fim de identificar o risco;
- Que a pulseira amarela, identificadora do risco de queda, seja colocada em local visível, junto com a pulseira de identificação do paciente (pulseira branca);
- Que todo o usuário ou responsável, receba o folder informativo (Anexo 2) no momento da internação;
- Que todo o usuário com risco de queda esteja permanentemente acompanhado durante todo o período de internação, exceto internados em unidades de terapia intensiva e Centro Cirúrgico;
- Que todo o usuário ou responsável assine o Termo de Esclarecimento e Ciência: Risco de Queda em Ambiente Hospitalar; (Anexo 3)
- Que as medidas preventivas estabelecidas sejam registradas no prontuário do usuário, bem como o resultado da avaliação;
- Que toda a queda que ocorrer dentro das dependências do Hospital Escola sejam notificadas no Vigihosp.

5 RESPONSABILIDADE

5.1 É de responsabilidade do Setor de Internação:

- Fornecer ao usuário o folder de orientação quanto ao risco de queda do Hospital Escola.

5.2 É de responsabilidade do Técnico ou Auxiliar de Enfermagem:

- A manutenção da identificação de risco de queda, bem como observância da conduta de prevenção preconizada pela equipe;
- Prontamente prestar assistência ao usuário se ocorrer queda, recolocando-o de forma segura no leito quando esta ocorrer;
- Comunicar o incidente ao enfermeiro coordenador da equipe assistencial.

5.3 É de responsabilidade do Enfermeiro da unidade de internação:

- Aplicar a Escala de Morse e avaliar o risco de queda do usuário no momento de sua internação;
- Reavaliar diariamente todos os usuários, identificados ou não, com risco de queda;
- Esclarecer aos usuários e seus acompanhantes sobre o risco de queda, solicitar a assinatura do Termo de Esclarecimento e Ciência do Risco de Queda em Ambiente Hospitalar e anexá-la ao prontuário;
- Estabelecer medidas preventivas na prescrição de enfermagem a todo usuário que apresentar risco de queda;
- Adotar medidas preventivas de queda em sua unidade de internação;
- Prontamente atender o usuário quando da ocorrência de queda;
- Solicitar avaliação médica;
- Registrar o incidente, bem como a conduta tomada no prontuário do usuário;
- Notificar o incidente no Vigihosp.

5.4 É de responsabilidade do Serviço de Farmácia Hospitalar:

- Manter estoque e fornecer a pulseira de identificação de risco de cor amarela sempre que solicitada;
- Manter registro e controle do fornecimento das pulseiras.

5.5 É de responsabilidade da Hotelaria:

- Manter um ambiente seguro no âmbito da higiene e organização, de forma a deixar as passagens livres;
- Manter os pisos limpos e secos;
- Prover mobiliário em perfeitas condições de uso (camas, bancadas, suportes, escadas, etc.);
- Sinalizar com placas, identificando piso úmido, durante procedimentos de limpeza e higienização.

5.6 É de responsabilidade da Equipe Multiprofissional:

- Conhecer e cumprir esta rotina, assim como, de suas respectivas lideranças de fazer cumpri-la orientando seus membros quanto à exigência da identificação do risco para queda e observância dos cuidados pré-definidos para cada usuário.

5.7 É de responsabilidade de todos:

- A manutenção da pulseira no pulso do usuário;
- A criação e manutenção de um ambiente seguro;
- O cuidado ao usuário;
- Notificar qualquer incidente no Vigihosp.

6 DESCRIÇÃO DA ROTINA

A avaliação de risco para queda será realizada preferencialmente na admissão, ou em qualquer momento da internação do usuário e diariamente o mesmo será reavaliado.

O uso da pulseira de identificação de risco para queda, de cor amarela deverá ser definida tão logo o usuário interne e mantida até o momento de ele não apresentar mais risco de queda.

6.1. Rotina por profissional:

6.1.1 Escriturário da Internação:

- Ao concluir a internação do usuário, fornece ao mesmo o folder de orientações sobre quedas do Hospital Escola. (Anexo 2)

6.1.2 Enfermagem na Unidade assistencial:

- Avaliar o risco de queda, aplicando a Escala de Morse (Anexo 1);
- Identificar os riscos de queda;
- Estabelecer as medidas preventivas na prescrição de enfermagem;
- Registrar a avaliação e a conduta no prontuário do paciente, constando data, hora, assinatura e carimbo da enfermeira;
- Orientar o usuário e acompanhante, explicando as informações contidas no folder e a necessidade do uso da pulseira amarela junto com a branca de identificação; esclarecer as dúvidas que surgirem;
- Solicitar assinatura do Termo de Consentimento e Ciência: Risco de Queda em Ambiente Hospitalar (Anexo 3) e anexá-lo ao prontuário do usuário;
- Solicitar ao Serviço de Farmácia a pulseira amarela para o paciente através do formulário HE18 identificado com a etiqueta do usuário;
- Colocar a pulseira amarela no pulso do usuário, junto com a pulseira branca de identificação, de modo que não fique nem muito apertada, nem muito solta;
- Diariamente, reavaliar os usuários para o risco de queda, descrevendo as observações que se fizerem necessárias;
- Notificar qualquer incidente, seja ele com ou sem danos ao usuário no Vigihosp.

6.1.3 Serviço de Farmácia Hospitalar:

- Dispensar a pulseira conforme solicitado;
- Registrar o fornecimento

6.2. Rotina EM CASO DE QUEDA: qualquer profissional da instituição deve:

6.2.1 – Avaliar condições clínicas após a queda e colocá-lo em condições seguras (sentado ou deitado), comunicar equipe assistencial (equipe de enfermagem, enfermeiro) responsável pelo usuário;

6.2.2 – Equipe de enfermagem deve manter o usuário seguro e o enfermeiro realizar exame físico, solicitar avaliação médica;

6.2.3 – Proceder conduta médica, se necessário;

6.2.4 – Reavaliar o paciente para risco de queda;

6.5.5 – Orientar usuário e acompanhante sobre o risco de queda;

6.2.6 – Notificar no Vigihosp.

6.3 Sequência Operacional da Rotina

ORDEM	AGENTE	PROCEDIMENTOS
01	Internação	Entregar, na admissão do usuário, o folder de orientação de prevenção de queda.
02	Enfermeiro	Avaliação dos fatores de risco, da admissão até o momento da alta; Orientar a colocação da pulseira amarela, seguindo orientação do pop de identificação, se tiver risco de queda; Orientar para prevenção de queda e sobre a importância das medidas preventivas; Sempre que necessário prescrever medidas para a prevenção; Supervisionar os cuidados estabelecidos; Notificar o incidente de queda no Vigihosp.
03	Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem	Execução das medidas de prevenção para queda de acordo com a prescrição de enfermagem; Reforçar e registrar as orientações preventivas de queda a cada plantão e avaliar da compreensão do usuário e acompanhante; Reforçar as medidas realizadas para prevenção da queda, comunicar imediatamente ao enfermeiro qualquer situação que possa caracterizar um possível evento de queda. BUSCA NA FARMÁCIA A PULSEIRA
04	Farmácia	Dispensar a pulseira conforme solicitado; Registrar o fornecimento
05	Fisioterapia	Exercícios de marcha devem ser realizados com acompanhamento do fisioterapeuta
06	Médicos	Descrever no prontuário a prescrição do paciente e comunicar a enfermagem de um potencial risco de queda, procedimentos ou medicações que aumentem o risco ou seditação ao usuário concomitante com laxativos.
07	Serviços de diagnóstico	Devem intensificar o cuidado quanto ao risco de quedas em usuários com pulseiras amarelas.
08	Equipe multiprofissional	Seguir os cuidados relacionados às intervenções na prevenção do risco de queda, conforme identificação do risco

7 AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

A avaliação do risco de queda será feita através da aplicação da Ficha de Avaliação para Risco de Queda em Ambiente Hospitalar (Escala de Morse) (Anexo 2). Disponível no posto de enfermagem e na intranet desde o momento da admissão do usuário na Unidade de Internação até o momento de sua alta, sendo realizada diariamente, conforme a rotina da sistematização da assistência de enfermagem (SAE).

7.1 FATORES QUE PREDISPÕEM A QUEDA

7.1.1 Demográfico: crianças < 5anos e idosos > 65 anos.

7.1.2 Psico-cognitivos: declínio cognitivo, depressão, ansiedade.

7.1.3 Condições de saúde e presença de doenças crônicas:

- Acidente vascular cerebral prévio;
- Hipotensão postural;
- Tontura;
- Convulsão;
- Síncope;
- Dor intensa;
- Obesidade severa.
- Baixo índice de massa corpórea;
- Anemia;
- Insônia;
- Incontinência ou urgência miccional;
- Incontinência ou urgência para evacuação;
- Artrite;
- Osteoporose;
- Alterações metabólicas (como, por exemplo, hipoglicemia).

7.1.4 Funcionalidade:

- Dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária,
- Necessidade de dispositivo de auxílio à marcha;
- Fraqueza muscular e articulares;
- Amputação de membros inferiores; e
- Deformidades nos membros inferiores.

7.1.5 Comprometimento sensorial:

- Visão;
- Audição; ou
- Tato.

7.1.6 Equilíbrio corporal: marcha alterada.

7.1.7 Uso de medicamentos:

- Benzodiazepínicos;

- Antiarrítmicos;
- Anti-histamínicos;
- Antipsicóticos;
- Antidepressivos;
- Digoxina;
- Diuréticos;
- Laxativos;
- Relaxantes musculares;
- Vasodilatadores;
- Hipoglicemiantes orais;
- Insulina; e
- Politerapia medicamentosa (uso de 4 ou mais medicamentos).

7.1.8 História prévia de queda.

7.2 Princípios de utilização da Escala de Morse

- A Escala de Morse está indicada para todos os usuários, com idade acima de 18 anos;
- A escala de Morse pressupõe autocuidado para prevenção de quedas, portanto não está indicada para usuários com impossibilidade funcional de cair, ou seja, que não possuam atividade motora (tetraplégicos, comatosos ou sedados). Nestes casos, a escala de Morse é dispensada, porém as intervenções direcionadas a prevenção da queda, especialmente aquelas relacionadas a mobilização do usuário, permanecem vigentes;
- Considera-se risco de queda quando o resultado obtido, através da aplicação da escala, é igual ou superior a 24 pontos.

7.3 Critérios de avaliação:

7.3.1 Avaliação da história de queda:

	PONTOS	CONSIDERAR
NÃO	0	Nenhum episódio de queda nos últimos três meses; ou, ainda, se queda for acidental, como por exemplo se a pessoa foi empurrada por outrem, ou cai devido a colisão com veículo móvel. Nestas situações, entende-se que a queda não foi provocada por um fator fisiológico, portanto não se considera como antecedente.
SIM	25	História de queda resultante de condição física e/ou mental prejudicada, nos últimos três meses, compreendendo inclusive o período de internação.

7.3.2 Avaliação de diagnóstico secundário:

	PONTOS	CONSIDERAR
NÃO	0	Ausência de diagnóstico secundário
SIM	15	Existência de mais do que um diagnóstico médico ou de Enfermagem identificado no processo clínico que possa contribuir para a queda

7.3.3 Avaliação da deambulação:

	PONTOS	CONSIDERAR
SEM APOIO	0	Usuário que anda sem qualquer apoio, se andar sempre apoiado por outra pessoa ou se, em uso de cadeira de rodas, estiver adaptado à utilização e transferência autônoma ou, ainda se for transferido sempre com ajuda de outrem. Usuário restrito ao leito que cumpra o repouso
AUXILIAR DE MARCHA	15	Utiliza algum dispositivo de marcha como bengala, muleta, andador
APOIADO NA MOBÍLIA	30	Deambula se apoiando em móveis ao seu redor por medo de cair, por exemplo

7.3.4 Avaliação do dispositivo intravenoso:

	PONTOS	CONSIDERAR
NÃO	0	Usuário que não se encontra infundindo medicação endovenosa. Ainda, medicações em <i>bólus</i> não são considerados terapia endovenosa em perfusão
SIM	20	Usuário que se encontra conectado à terapia endovenosa, mesmo que intermitente

7.3.5 Avaliação do tipo de marcha:

	PONTOS	CONSIDERAR
NORMAL	0	Usuário caminha de cabeça erguida, braços balançando livremente ao longo do corpo, sem hesitar. Ainda, o usuário em uso de cadeira de rodas, estiver adaptado à utilização e

		transferência autônoma ou se for transferido sempre com ajuda de outrem
FRACA	10	Usuário anda curvado, mas é capaz de erguer a cabeça e andar sem perder o equilíbrio, podendo se apoiar levemente em algum móvel para se sentir mais seguro
PREJUDICADA	20	Usuário tenta andar e a cabeça encontra-se virada para baixo, concentrando-se no chão. Apoia-se fortemente nos móveis ao redor ou na pessoa que auxilia a deambulação, pois apresenta desequilíbrio e necessita de assistência para locomover-se. Se usuário faz uso de cadeira de rodas deve ser avaliado de acordo com a sua capacidade de transferir da cama para cadeira e vice-versa.

7.3.6 Avaliação do estado mental:

	PONTOS	CONSIDERAR
CONSCIENTE DAS SUAS LIMITAÇÕES	0	Quando a auto avaliação do usuário em relação a sua capacidade de deambular é consistente com as prescrições/percepções da enfermagem
NÃO CONSCIENTE DAS SUAS LIMITAÇÕES	15	Quando a auto avaliação do usuário superestima a sua capacidade de deambulação, portanto esquece suas limitações

8 Intervenções na prevenção do risco de quedas:

8.1 Cuidados relacionados ao ambiente

- Não deixar o ambiente totalmente escuro (orientar usuário e familiares a utilizarem a luz auxiliar da enfermagem durante a noite);
- Assegurar que os itens pessoais do usuário, assim como urinóis e comadres, estejam ao seu alcance;
- Dispor de escada de dois degraus próximo ao leito, se a cama não for eletrônica;
- Manter a unidade do usuário limpa e organizada, sem acúmulo de materiais e equipamentos desnecessários;
- Manter o trajeto no quarto/enfermagem livre;
- Manter grades das camas elevadas, independente do risco;
- Manter camas baixas;
- Solicitar ao acompanhante, caso este necessite se ausentar, que informe a equipe de enfermagem o período em que o usuário permanecerá sozinho;
- Manter avisos para que não se permaneça atrás das portas quando as mesmas estiverem fechadas.

8.2 Cuidados relacionados à mobilidade

- Toda a saída do leito deve ser orientada pela enfermagem ou com acompanhamento de membro da equipe multiprofissional;
- Exercícios de marcha devem ser realizados apenas com acompanhamento do fisioterapeuta, com prescrição médica de fisioterapia motora;
- Agendar os cuidados de higiene pessoal, troca de fraldas frequentes e programar horários regulares para levar o usuário ao banheiro;
- Atentar para os calçados utilizados pelos usuários;
- Utilizar barras de apoio nos banheiros e corrimão nas escadas;
- Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do usuário;
- Avaliar o nível de dependência após instalação de dispositivos ou equipamentos;
- Manter a grade distal ao profissional elevada no momento de mobilizações no leito;
- Comunicar a equipe multiprofissional do risco de queda e as mudanças de classificações;
- As equipes de diagnósticos devem ficar atentas aos usuários com pulseira amarela;
- Evitar a locomoção do usuário em trajetos tumultuados, quando possível;
- Utilizar muleta, andador e bengala, se for necessário, conforme orientação da fisioterapia;
- Orientar os acompanhantes que as crianças não podem correr pelas dependências do quarto e do hospital;
- Orientar o usuário/ou acompanhante sobre mudanças na prescrição medicamentosa que possam causar vertigens, tonturas, hipoglicemias e etc;

8.3 Cuidados relacionados à higiene e conforto

- Orientar os usuários a utilizarem chinelos antiderrapantes durante o banho de aspersão, com ou sem auxílio da enfermagem;
- Acomodar os usuários com necessidades especiais, no que se refere às eliminações, próximos ao banheiro;
- Auxiliar ou dar banho de aspersão na cadeira de rodas no usuário com risco para queda, desde que não haja indicação de banho no leito;
- Instruir usuários homens com risco para queda, quando forem utilizar o vaso sanitário, a sentarem.

8.4 Cuidados relacionados ao repouso

- Assegurar que as camas permaneçam em posição mais baixa, com as rodas travadas e as grades elevadas;

8.5 Cuidados relacionados a cirurgias/procedimentos/Sedação/Anestesia

- Informar o usuário e/ou família/responsável sobre o risco de queda relacionado ao efeito do sedativo e/ou anestésico;
- Orientar o usuário e/ou acompanhante a levantar progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama);
- Sair do leito acompanhado pela enfermagem;
- Se o usuário estiver no leito, permanecer com as 4 grades elevadas (pré-cirúrgico e POI);
- O jejum por longo período deve ser levado em consideração, por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório;
- Permanecer ao lado do usuário cirúrgico durante todo o momento de indução e reversão anestésica;

- Permanecer ao lado da parturiente durante todo o período expulsivo;
- Monitorar a reposição e os recursos de tração, em mesa cirúrgica, sempre que necessário;
- Dispor um número adequado de profissionais para transferir o usuário da mesa cirúrgica para a cama, conforme avaliação do enfermeiro;
- Manter as grades da cama elevadas durante a recuperação do processo anestésico.

OBSERVAÇÃO: Todas as medidas adotadas para prevenir queda devem ser registradas no prontuário do usuário.

9 REVISÕES

Este POP deverá ser revisado anualmente ou sempre que necessário.

10 ANEXOS

ANEXO 2 – FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO E ACOMPANHANTE

As QUEDAS são eventos que podem agravar o quadro de saúde do paciente, bem como ocasionar dores, fraturas, sangramentos, ferimentos na pele, traumas na cabeça, entre outras situações que prolongam o período de internação e, dependendo do caso, até mesmo gerar danos permanentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).



ADOTAR MEDIDAS DE PREVENÇÃO É FUNDAMENTAL PARA EVITAR AS QUEDAS



QUEDAS

PREVINIR TAMBÉM É CUIDAR!

ORGANIZAÇÃO

Núcleo de Segurança do Paciente
Grupo de Pele
Unidade de Gestão de Resíduos Assistenciais
Serviço de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente



HOSPITAL ESCOLA UFPEL
PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS

QUEDAS

PREVINIR TAMBÉM É CUIDAR!

A prevenção de quedas é feita através da adoção de pequenos cuidados. SIGA AS ORIENTAÇÕES E PREVINA-SE

 <p>Use calçados antiderrapantes.</p>	 <p>Peça ajuda se não conseguir levantar-se ou caminhar sozinho.</p>
 <p>Exercícios de marcha devem ser realizados com acompanhamento de um Fisioterapeuta.</p>	 <p>Não levante rápido devido ao risco de queda da pressão e tontura.</p>
 <p>Mantenha ao alcance pertences e objetos pessoais.</p>	 <p>Conheça os efeitos dos medicamentos que toma.</p>
 <p>Informe à enfermagem o período em que permanecerá sem acompanhante.</p>	 <p>Utilize a luz auxiliar durante a noite.</p>
 <p>Assegure-se de que o chão está seco e livre de obstáculos.</p>	 <p>Toda saída do leito deve ser orientada pela enfermagem ou acompanhada por um membro da equipe de saúde, mesmo na presença de acompanhante.</p>

ANEXO 3 - TERMO DE ESCLARECIMENTO E CIÊNCIA: RISCO DE QUEDA EM AMBIENTE HOSPITALAR

As quedas são eventos que podem ocorrer em pessoas que possuem limitações e precisam de ajuda para realizar algumas atividades. Podem agravar o quadro de saúde do usuário, provocando fraturas, sangramentos, ferimentos na pele, traumas na cabeça, situações que prolongam o período de internação e até mesmo podem levar a morte (BRASIL, 2013). Durante o período de internação, devido ao uso de algumas medicações e fragilidade física do usuário, dentre outros fatores, as quedas podem acontecer mais frequentemente. Por esse motivo foi realizada a avaliação para definir o RISCO DE QUEDA do sr(a)

Dessa forma estão abaixo descritas as orientações a serem seguidas para reduzir o risco de queda:

- () Usar calçados antiderrapantes e utilização de luz de cabeceira durante a noite.
- () Não se levantar subitamente devido ao risco de hipotensão postural e tontura.
- () Toda saída do leito deve ser orientada pela enfermagem ou com acompanhamento de membro da equipe multiprofissional, mesmo na presença de acompanhante.
- () Exercícios de marcha devem ser realizados apenas com acompanhamento do fisioterapeuta.
- () Manter grades de cama elevadas durante todo o período.
- () Manter ao alcance pertences e objetos mais utilizados.
- () Informar à enfermagem o período em que o usuário permanecerá sem acompanhante.

TOTAL DE ITENS MARCADOS: _____

Enfermeiro/COREN

Eu _____ declaro que recebi os esclarecimentos e estou ciente a respeito do risco de queda que pode ocorrer durante o período de internação. Sendo assim, informo que fui instruído a seguir as recomendações prescritas a fim de prevenir quedas e possíveis danos decorrentes desse incidente. Declaro ainda que recebi o FOLDER de orientações para PREVENÇÃO DE QUEDA EM AMBIENTE HOSPITALAR no momento da minha chegada a esta unidade e entendi o RISCO DE QUEDA avaliado, bem como as informações que me foram fornecidas.

Pelotas, ____/____/____

Usuário ou responsável

<i>CONTROLE DE EMISSÃO</i>		
<i>ELABORADO/REVISADO POR:</i>	<i>VERIFICADO POR:</i>	<i>AUTORIZADO POR:</i>
Maria Angélica Silveira Padilha; Gabriela Botelho Pereira; Suelen Cardoso Leite; Elaine Amaral De Paula; Francisco Ferrari Vera Schimidt; Jefferson Sales;	Núcleo de Segurança do Paciente	Julieta Carriconde Fripp - Superintendente
COLABORADORES: Maria Laura Rosa Da Cunha; Cristina Carvalhal Schuvanz Isadora Dias Ugoski Renata Martins		

<i>REVISÕES</i>		
<i>REVISÃO Nº</i>	<i>REVISADO POR</i>	<i>DATA</i>