

Zur Dokumentation von Sturzereignissen bitte das elektronische Sturzprotokoll im ISMED benutzen!
Hier finden Sie die [Kurzanleitung](#)

Ressort Pflege / MTT

Sturzprotokoll

Sturzprotokoll → Nummerierung siehe Legende auf Rückseite

| | | | |
|---|---------------------------------------|---|--|
| Sturzdatum ¹ (tt.mm.jjjj) | Sturzzeit ¹ (hh.mm) | Hospitalisationstag | |
| Sturzort <input type="checkbox"/> Patientenzimmer Zi-Nr.: _____ <input type="checkbox"/> WC/Dusche <input type="checkbox"/> Flur <input type="checkbox"/> Anderer Ort _____ | | | |
| Fragen an den/die Patient/in zum Sturzhergang ² Was haben Sie gerade getan, was ist dann passiert? (Nach Angaben Patienten/in und/oder Zeugen/Pflegenden) | | | |
| Weitere Angaben zum Sturzereignis ³ | | | |
| Kopf angestossen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt Zeugen des Sturzes? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____ | | | |
| Sturzart <input type="checkbox"/> beim Stehen/Gehen <input type="checkbox"/> beim Aufstehen/Absitzen <input type="checkbox"/> aus dem Sitzen/Liegen | | | |
| Sturz im Rahmen von Ausscheidung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt | | | |
| Sturzursache <input type="checkbox"/> schwarz vor Augen <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Schwäche <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsverlust <input type="checkbox"/> äussere Faktoren (z.B. Möbel, Infusionsschlauch) <input type="checkbox"/> nicht bekannt | | | |
| Sturzverletzungen ⁴ <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> minimale <input type="checkbox"/> mittlere <input type="checkbox"/> schwere <input type="checkbox"/> Hüftfraktur Beschreibung der Verletzung/en: _____ Lokalisation/en: _____ | | | |
| Blutungsrisiko Antikoagulation/ Thrombozytenaggregationshemmer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Folgemaassnahmen unmittelbar nach einem Sturz (Zutreffendes ankreuzen) | | | |
| <input type="checkbox"/> Arzt informiert (wen, wann): _____ <input type="checkbox"/> Röntgen / CT <input type="checkbox"/> andere: _____ | | | |
| Vorbestehende Risikofaktoren (Jeden Punkt bewerten!) | | | |
| Delir <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt | | Sturzrisiko gemäss Informationssammlung Pflege <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Sonstige veränderte Kognition, z.B. Demenz, Depression, Neglect <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt | | Gangunsicherheit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Sturz letzte 6 Monate <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt | | <input type="checkbox"/> Gehstock R / L / bds benutzt beim Sturz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Gehhilfe <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Gehböckli | | <input type="checkbox"/> nein (Barfuss / Socken / unsichere Finken / Schuhe) | |
| Sicheres Schuhwerk <input type="checkbox"/> ja (Antirutsch-Socken, sichere Finken / Schuhe) | | <input type="checkbox"/> Integrierte Bettbretter nur 2 / einseitig <input type="checkbox"/> Integrierte Bettbretter alle 4 / beidseitig | |
| Freiheitsbeschränkende & andere Schutzmassnahmen <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Bettgitter einseitig <input type="checkbox"/> Bettgitter beidseitig <input type="checkbox"/> Alarmmatte <input type="checkbox"/> Kognimatmatratze <input type="checkbox"/> Tischli am Stuhl/Rollstuhl | | <input type="checkbox"/> anderes: _____ | |
| Veränderte Ausscheidung <input type="checkbox"/> ja (z.B. Harnwegsinfekt, Inkontinenz, DK, Diarrhö) | | <input type="checkbox"/> nein | |
| Eingeschränkte Sehfähigkeit/Brille <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Brille benutzt beim Sturz | | <input type="checkbox"/> Brille nicht benutzt beim Sturz | |
| Medikamente <input type="checkbox"/> Benzodiazepine <input type="checkbox"/> Antihypertensiva <input type="checkbox"/> Gesamtzahl verordnete Medikamente ⁵ (ohne Reserven): _____ | | <input type="checkbox"/> Reserve-Medikament erhalten (welche): _____ | |
| <input type="checkbox"/> Neuroleptika <input type="checkbox"/> Opiate | | <input type="checkbox"/> Diuretika <input type="checkbox"/> Andere Risiko-medikamente: _____ | |
| Umgebungsfaktoren ⁶ (z.B. Glocke nicht erreichbar, Stolperquellen, zu dunkel) <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja (welche): _____ | | | |
| Datum: | | Ausgefüllt durch: | |
| | | Visum Arzt / Ärztin: | |

Legende zum Sturzprotokoll:

Definition: Ein Sturz ist ein Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zum Stillstand kommt (ANQ 2013, Victorian Government Department of Human Services (2004) zitiert bei Frank & Schwendimann 2008). Als Sturz gilt auch das kontrollierte Sturzereignis, wie das Hinabgleitenlassen eines/er Patienten/in.

Ablauf:

- Das Sturzprotokoll muss unmittelbar nach dem Sturzereignis durch eine diplomierte Pflegefachperson (Dipl.-PFP) ausgefüllt und unterschrieben werden (FAGE nach Rücksprache mit Dipl.-PFP).
- Mündliche Information durch PFP an PFV/STL über das Sturzereignis.
- Innerhalb 24 Std. findet im Rahmen der interprofessionellen Visite eine Situationsbeurteilung mit Planung des weiteren Vorgehens (Abklärungen, präventive Massnahmen) durch PFP und zuständige/n Arzt/Ärztin statt.
- Das komplett ausgefüllte Sturzprotokoll wird zweimal kopiert:
 - Das Original wird ins Mappex des/der Patienten/in abgelegt
 - Kopien 1 und 2 erhält der/die Pflegefachverantwortliche und/oder STL
 - Pflegefachverantwortliche oder STL senden eine Kopie per Post an die Leitung «StuPa», APE, Ressort/MTT
 - Schwere Sturzverletzungen: Pflegefachverantwortliche oder STL informieren BFV zwecks Durchführung einer vertieften Fallanalyse.

Ausfüllen des Protokolls:

¹ Datum und Uhrzeit des Sturzes: Bei Unklarheit gilt der Zeitpunkt des Auffindens.

² Fragen an den/die Patient/in zum Sturzhergang: Patient/in zum Erzählen anregen!

³ Weitere Angaben zum Sturzereignis:

z.B.

- Befinden, Verhalten des/der Patient/in vor dem Sturz
- Auffindesituation: wo im Zimmer, in welchem Zustand
- Begründungen: falls Hilfsmittel nicht benutzt, kein sicheres Schuhwerk, Stolperquellen, etc.

⁴ Sturzverletzungen:

minimale:

- Keine Wundbehandlung nötig
- Leichtes Hämatom
 - RQW – nicht genäht
 - Leichte Schürfwunde
 - Gelenkverstauchung

mittlere:

- Wundbehandlung nötig
- Hämatom
 - RQW – genäht
 - Schwere Schürfwunde mit Wundbehandlung
 - Gelenk disloziert inkl. Hüftluxation

schwere:

- Hämatom, operativ ausgeräumt
- Fraktur
- Kopf-Verletzungen (alle)

⁵ Gesamtzahl Medikamente: alle, mit und ohne Risikopotenzial, inklusive i.v./s.c.

⁶ Umgebungsfaktoren: falls Gefahrenquelle für zukünftige Stürze/Sturzverletzungen, CIRS-Eintrag erwägen.

Grundlagen: *Universitätsspital Basel (2012): Sturzprotokoll der Akutgeriatrie (AGUK). Projektgruppe Bridenbough, S., Ulrich, A., Schlönvogt, U., Pretto M., Kressig, R.. National Patient Patient Safety Agency (NPSA) (2007): Slips, Trips and Falls in Hospital, London.*

Autoren: *Universitätsspital Basel (2015): Abteilung Praxisentwicklung Pflege (APE), Ressort Pflege/MTT, Projektgruppe Pilotierung Programm Sturzprävention Patienten (StuPa) Helberg D., Prat D., Steiger K., Stolz A., Violante S., Weber, K. Mitarbeit Heitz S., Schnetzler N., Sorg, I..*
Version 2_03.09.2015