



Datum vydání: 21. února 2020 (Věstník Ministerstva zdravotnictví 2020, částka 2)

**„NÁRODNÍ OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP
PREVENCE PÁDŮ A POSTUP PŘI ZRANĚNÍ ZPŮSOBENÝCH PÁDŮ“**

Vydává Ministerstvo zdravotnictví ČR
ve spolupráci
s Národním centrem ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů,
Českou asociací sester, Profesní a odborovou unií zdravotnických pracovníků, Asociací
vysokoškolských vzdělavatelů nelékařských zdravotnických profesí a Spolkem vysokoškolsky
vzdělaných sester

DEFINICE:

Pád je situace, při níž se pacient/ošetřovaná osoba neplánovaně ocitne na podlaze (nebo na jiném níže uloženém vodorovném povrchu) ať již s poraněním anebo bez poranění pacienta/ošetřované osoby. Dokumentovány by měly být všechny druhy pádů, bez ohledu na jejich příčinu - z fyziologických důvodů (mdloby), nebo v důsledku působení prostředí (např. kluzké podlahy), či jiné externí příčiny. Zahrnutý by měly být také tzv. asistované pády, například pokud se zaměstnanec snaží minimalizovat dopad pádu. Jde o nezamýšlenou událost, kdy je přítomen svědek, nebo takovou událost pacient sám oznámí (stala se beze svědků). Za pád nelze považovat situaci, která je způsobena záměrným pohybem.

VYMEZENÍ VYBRANÝCH POJMŮ:

MFS	Morse Fall scale – nástroj k hodnocení rizika
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
PZS	Poskytovatel zdravotních služeb
SHNU	Systém hlášení nežádoucích událostí
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
Prevence	Ochrana zdraví, opatření zaměřená na předcházení vzniku nežádoucího jevu, v tomto postupu opatření předcházející vzniku pádů
Osoba blízká	Osobou blízkou je dle zákona o zdravotních službách příbuzný v přímé řadě, sourozenec a manžel nebo partner podle zákona upravujícího registrované partnerství
Lehké zranění	Minimální poškození nevyžadující žádnou a/nebo minimální intervenci. Nevyžaduje absenci v práci – pracovní neschopnost. Případně mírné poškození/zranění, vyžadující minimální intervenci. Pracovní neschopnost ≤ 3 dny. Prodloužení hospitalizace o 1 - 3 dny
Těžké zranění	Poškození vyžadující profesionální intervenci. Pracovní neschopnost 4 - 14 dní. Prodloužení hospitalizace o 4 -15 dní. Dopad incidentu na malé množství pacientů/klientů. Případně vážné poškození vedoucí k prodloužení závislosti či invaliditě. Pracovní neschopnost >14 dní. Prodloužení hospitalizace > 15 dní
Edukace	Situace, při nichž probíhají edukační procesy, tj. dochází k určitému druhu učení na straně pacienta k samostatnější péči o vlastní zdraví

CÍL:

- Identifikovat rizikové faktory pro vznik pádu.
- Identifikovat pacienta v riziku pádu.
- Realizovat preventivní opatření – omezit vnější faktory rizika vzniku pádu.

- Zvýšit bezpečnost pacienta.
- Minimalizovat následky vzniklé při pádu.
- Zajistit odpovídající ošetření pacienta, pokud došlo k pádu.
- Revidovat preventivní opatření – omezit rizikové faktory zevního prostředí.
- Edukovat pacienty a osoby blízké o problematice prevence pádů.
- Zajistit sběr dat u poskytovatele zdravotních služeb a jejich analýzu.
- Zajistit zadávání dat do SHNU.

Pokud k pádu došlo:

- Minimalizovat následky pádu.
- Zajistit odpovídající vyšetření a ošetření pacienta/klienta.
- Dokumentovat incident a realizovat analýzu příčin.

KOMPETENTNÍ OSOBY:

Kompetence vychází z platné legislativy, zejména z vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Doporučujeme stanovit kompetence podle oblastí jednotlivých pozic v rámci týmu nebo stanovených opatření. Např. kdo odpovídá za eliminaci zbytečných překážek, suché podlahy, orientaci pacienta v prostředí, za dostatečné noční osvětlení, polohu nočního stolku a dosah WC k lůžku, za stanovení používání kompenzační pomůcky, za předání informací pacientovi a osobám blízkým o opatřeních, která mají za cíl předcházet pádům, kdo provádí sběr dat na úrovni poskytovatele zdravotních služeb, analýzu dat a návrhy na opatření. Důležité je stanovit i odpovědnost za hlášení dat na ÚZIS do SHNU, či provádění školení zdravotnických pracovníků.

POMŮCKY:

- zdravotnická dokumentace,
- doporučujeme polohovací lůžko s možností nastavení výšky lůžka tak, aby měl pacient opřené dolní končetiny o podložku,
- pomůcky doplňující lůžko, usnadňující pohyb pacienta na lůžku – hrazdička, postranice, protektory, držáky na močové láhve, infuzní stojan aj.,
- protiskluzové podložky, popř. signalizační podložky pro prevenci pádů,
- vybavení k pasivní imobilizaci neklidných pacientů (např. popruhy, pásy),
- signalizační zařízení (sestra/pacient),
- opěrná madla na rizikových místech (na chodbách, sociálním zařízení, ve sprše apod.),
- lokomoční pomůcky (berle, hole, chodítka),
- schůdky (jednostupňové, dvoustupňové) – používáme v případě potřeby opory dolních končetin při sedu pacienta,
- neklouzavá stabilní obuv pacienta,
- dostatečné osvětlení bezprostředního okolí lůžka (denní i noční),
- edukační materiál, informační tabulky,
- pomůcky k identifikaci pacienta v riziku pádu (např. použití barevně odlišných identifikačních náramků).

OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP:

1. Identifikace rizikových faktorů

Vnitřní rizikové faktory závisí na typu poskytované péče. Mnohé z nich jsou spjaty se změnami závislými na věku pacientů:

- předchozí pád – úrazy v anamnéze mohou znamenat vyšší pravděpodobnost pádu,
- porucha smyslových funkcí: zraku, sluchu,
- nejistá chůze – způsob a typ chůze, nutnost pomůcek k lokomoci,
- pohybový aparát – např. svalová atrofie, degenerativní onemocnění vazů a šlach, zvýšené zakřivení páteře, omezená pohyblivost,
- duševní stav – stavy poruch vědomí (kvalitativní i kvantitativní),
- poruchy kognitivních funkcí, poruchy chování,
- akutní onemocnění – rychlý nástup onemocnění, např. závratě, epilepsie, cévní mozková příhoda, horečka, hypotenze, dehydratace, bolest,

- chronická onemocnění – např. záněty a degenerativní onemocnění kloubů, šedý a zelený zákal, diabetes mellitus, Parkinsonova choroba,
- pooperační období (prvních 24 hodin),
- inkontinence, nykturie,
- velká hmotnost pacienta.

Vnější rizikové faktory nevycházejí přímo z organismu, mají vztah k prostředí:

- léky a množství užívaných léků – ovlivňující centrální nervový systém, sedativa, anxiolytika, benzodiazepiny, antihypertenziva, diuretika, opioidní analgetika a chemoterapie,
- požití alkoholu, návykové látky, drogy,
- vany, sprchové kouty a toalety – vybavení bez opory, bez madel a pomocného zařízení,
- noční a jídelní stolky – bez možnosti zabrzdít,
- tvar nábytku – výška židlí a lůžek, ostré hrany,
- kvalita povrchu – podlahové kritiny s uvolněnými prkny, klouzající koberce, kluzká mokrá podlaha, nerovný povrch podlahy,
- schodiště,
- špatné osvětlení – nesprávná intenzita nebo odraz světla,
- typ a stav obuvi – nevhodné, malé nebo velké,
- nesprávné používání různých zařízení – zábrany na stranách lůžek - postranice,
- nevhodné či nedostatečně funkční pomůcky – berle, hole, protézy, chodítka, invalidní vozíky, zvedací zařízení,
- nevhodně umístěné pomůcky denní potřeby, signalizační zařízení,
- nevhodné zdravotnické prostředky - úzký operační stůl nebo vyšetřovací lůžko aj.

2. Identifikace rizikových skupin pacientů

Vyhodnocení rizika pádu se doporučuje realizovat u každého pacienta v rámci vstupní ošetřovatelské anamnézy. Při hodnocení rizika pádu se používá škála dle výběru poskytovatele zdravotních služeb. Před tím, než se rozhodneme použít vlastní program hodnocení, doporučujeme zvážit užívání již existujících modelů, zejména s ohledem na povinné hlášení do SHNU, aby bylo možné srovnání pádů s ohledem na riziko pacientů.

Nejčastěji zmiňovaným je *Nástroj k hodnocení rizika – Morse Fall scale*. Je to jeden z mála dostupných nástrojů hodnocení, který je určen k užívání v oblasti akutní péče. Výsledky definitivních testů k potvrzení přesnosti, spolehlivosti a senzitivity ukázaly, že tento nástroj vykazuje vysokou validitu a senzitivitu. Viz příloha č. 1.

V oblasti hodnocení rizikových skupin pacientů a sledování pádů v podmínkách českého zdravotnictví lze aplikovat *Zhodnocení rizika u pádu pacienta/klienta podle Conleyové – upraveno Juráskovou (2006)*. Viz příloha č. 2.

Přehodnocení rizika vzniku pádu se doporučuje provést: vždy při akutní změně zdravotního stavu, po překladu pacienta, při změně rizikové medikace (ve vztahu k pádu) a po proběhlém pádu pacienta.

3. Preventivní opatření pro vznik pádu

- Identifikujte rizikového pacienta,
- označte pacienta v riziku pádu dohodnutým způsobem identifikace,
- informujte o riziku pádu všechny členy zdravotnického týmu,
- častěji provádějte kontrolu pacientů v riziku pádu (zvýšenou pozornost je nutno věnovat pacientům):
 - na infuzní terapii,
 - na kontinuální enterální výživě,
 - s ortostatickou hypotenzí,
 - s mnohočetnou medikací polypragmázií,
 - kteří mají zavedený permanentní močový katétr a jsou schopni chůze,
 - geriatrickým
 - v intenzivní péči: monitorovaným, s odsávacím nebo drenážním systémem,
- omezte rizikové faktory vzniku pádu,

- seznamte pacienta s prostorovým uspořádáním oddělení, pokoje, hygienickým zázemím (koupelna, toaleta), příp. rizikovými místy oddělení (schodiště),
- dle možností umístěte rizikového pacienta na pokoj v blízkosti dohledu, např. sesterny, a ev. v blízkosti hygienických zařízení, pokud nejsou součástí pokoje,
- seznamte pacienta se signalizačním zařízením a ovládáním lůžka – umístěte je v dosahu pacienta, seznamte pacienta s ovládáním a pravidelně kontrolujte funkčnost,
- edukujte pacienta o možnosti přivolání personálu bez obav z obtěžování v případě nutnosti (edukaci opakujte dle potřeby),
- zkontrolujte vhodné nastavení výšky lůžka a zajištění pojízdných koleček pomocí brzdy,
- dle potřeby správně použijte pomocná zařízení lůžka – např. noční stolky a jídelní stolky, umístěte je tak, aby nebránily v pohybu pacienta, zajistěte pojízdná kolečka brzdou,
- při používání kompenzačních pomůcek edukujte pacienta o jejich správném používání, zejména o způsobu zabrzdění, např. invalidním vozíku,
- k zajištění bezpečnosti u neklidných a dezorientovaných pacientů použijte na základě ordinace lékaře pasivní imobilizační pomůcky (dle standardu poskytovatele zdravotnických služeb),
- k zajištění bezpečnosti pacientů na operačních sálech během operace i během diagnostických výkonů či zákroků použijte pasivní imobilizační pomůcky,
- při transportu pacienta dbejte na jeho bezpečnost správnou manipulací, je-li to možné, upoutejte pacienta k transportnímu lůžku/lehátku nebo zajistěte bezpečnost postranicemi,
- doporučujeme používejte pomocné materiály k edukaci a k upozornění pacienta, např. názorné obrázky/piktogramy zobrazující nejčastější rizika pádu.

Podlaha – suchá, čistá, bez nečistot a nepořádku, zajistěte dodržování pravidel úklidu podlahy (vytírat nejdříve jednu polovinu prostoru a na oddělení používat výstražné kužele v případě kluzké podlahy).

Pokoj – udržujte v pokoji příjemnou teplotu, dle možností pravidelně větrejte, osvětlení pokoje musí být dostatečné, včetně nočního světla, zajistěte rozmístění nábytku v pokoji tak, aby nepřekážel v pohybu pacienta.

Hygienické zázemí – protiskluzová podlaha a podložky, dohlédněte, aby instalovaná madla byla v dosahu.

Osobní věci pacienta – doporučte pacientovi vhodnou obuv (bez podpatku s pevnou patou, protiskluznou), věci denní potřeby, lokomoční a protetické pomůcky umístěte v dosahu pacienta.

Lokomoční pomůcky – ve spolupráci s fyzioterapeutem naučte pacienta pomůcky správně a bezpečně používat.

4. Postup po vzniku pádu

Pokud dojde k pádu pacienta, je vyšetření a ošetření pacienta lékařem absolutní prioritou, i když není na první pohled identifikovatelné viditelné poranění pacienta. Pacienta se nepokoušíme zvedat, posoudíme stav vědomí, jeho schopnost reagovat na podněty a zkontrolujeme základní životní funkce. Zajistíme základní bezpečí pacienta, snažíme se zamezit sekundárnímu poranění, např. při vstávání a zprostředkujte dostupné speciální prostředky pro snadnou manipulaci s pacientem.

Po ošetření proveďte záznam o pádu do zdravotnické dokumentace a do formuláře „Hlášení nežádoucí události“. Zjistěte příčiny pádu a proveďte opatření zabraňující opakování pádu.

Personál je pádu přítomen:

- pacienta se nepokoušejte zvedat,
- pokuste se o zmírnění pádu nebo zajištění měkkého dopadu,
- nechte pacienta sesunout k podlaze (přidržujte hlavu a trup),
- přivolejte pomoc,
- zkontrolujte stav vědomí, schopnost pacienta reagovat na oslovení a základní životní funkce (min. TK, P, dech, orientačně vědomí),
- zjistěte rozsah možného poranění,
- zabraňte dalšímu zranění,
- přivolejte lékaře.

Ve spolupráci s lékařem:

- zajistěte první ošetření pacienta,
- pacienta uklidněte,
- dle ordinace lékaře zajistěte potřebná vyšetření a další ošetření pacienta,
- proveďte záznam o pádu do zdravotnické dokumentace pacienta (včetně všech okolností pádů, následků a provedených nápravných opatření),
- dle zvyklostí daného poskytovatele zdravotních služeb proveďte záznam o pádu v systému hlášení nežádoucích událostí,
- analyzujte příčiny pádu,
- revidujte preventivní opatření,
- realizujte nápravná opatření.

Pokud pacient nebyl primárně identifikován jako rizikový, po pádu ho identifikujte jako pacienta v riziku pádu. Doprovod a osoby blízké dle potřeby informujte o provedených nápravných opatřeních.

5. Postup při propuštění pacienta

- Před propuštěním pacienta do domácího ošetření proveďte nácvik běžných denních činností,
- v případě potřeby proveďte edukaci osob blízkých o přípravě domácího prostředí, případně pracovníky domácí péče nebo pečovatelské služby,
- v propouštěcí nebo překládové ošetřovatelské zprávě, která je určena jiné zdravotnické instituci uveďte, zda je pacient veden v riziku pádu, návrhnete preventivní opatření, napište, zda k pádu došlo a s jakými následky.

ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ:

- Každý pád pacienta musí být neprodleně nahlášen lékaři.
- Každý rizikový pacient musí být viditelně označen identifikací dle zvyklostí poskytovatele zdravotní péče.
- Pády pacientů jsou jedním z indikátorů kvality poskytované ošetřovatelské péče, poskytovatel ošetřovatelské péče má povinnost vést evidenci pádů pacientů, pravidelně výsledky sledování analyzovat a realizovat příslušná nápravná a preventivní opatření.
- PZS má povinnost jednou ročně hlásit pády jako nežádoucí událost do SHNU.

POUŽITÁ LITERATURA:

1. BENEŠOVÁ, V. a kol. *Úrazy seniorů a možnosti jejich prevence*. 1. vyd. Praha: Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN Motol, 2003. 84 s. ISBN 80-239-2104-5.
2. ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Pracovní postup - Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení*. ČAS/PP/2007/0003. Praha: Česká asociace sester, 2007. 7 s. Dostupné také z: https://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2007_0003.pdf.
3. JURÁSKOVÁ, D. *Pády pacientů v souvislosti s poskytováním zdravotní a sociální péče*. Disertační práce. Olomouc: Univerzita Palackého, Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky, 2006.
4. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Resortní bezpečnostní cíle* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, ©2010. [cit. 2019-07-15]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpecni/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-_2922_29.html.
5. MORSE, J. M. *Preventing patient falls: establishing a fall intervention program*. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company, [2009]. 172 s. ISBN 978-0-8261-0389-5.
6. MORSE, J., R. MORSE a S. TYLKO. Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient. *Canadian Journal on Aging*. 1989, vol. 8, no. 4, s. 366-377. ISSN 0714-9808.
7. POKORNÁ, A. a kol. *Centrální systém hlášení nežádoucích událostí – Metodika. Nežádoucí událost – PÁD: plná verze metodiky* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019. 30 s. [cit. 2019-07-15]. Dostupné z: https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/Pad_plna_verze_metodiky.pdf.
8. *Prevence pádů a zranění způsobených pády u starších dospělých: klinický doporučený postup adaptovaný – Prevention of falls and fall injuries in the older adult (2005), Supplement (2011)*. RNAO [online]. Ostrava: Ostravská univerzita, Ústav ošetřovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, květen 2014. 85 s. [cit. 2019-07-15]. Dostupné z: <https://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/kdp-pady-plna-verze.pdf>.
9. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 171 s. ISBN 978-80-247-1715-9.
10. SVOBODOVÁ, D. Zavádění a udržování kvality a bezpečí zdravotní péče v zařízeních nemocničního typu na území ČR. *Florence*. 2012, roč. 8, č. 6, s. 28-34. ISSN 1801-464X.
11. TIDEIKSAAR, R. *Falls in older people: prevention & management*. 4th ed. Baltimore: Health Professions Press, [2010]. 314 s. ISBN 978-1-932529-44-9.
12. VONDRÁČEK, J. Pád pacienta očima právníka. *Florence*. 2007, roč. 3, č. 12, s. 513. ISSN 1801-464X.

V textu použité standardní postupy, zdroje:

Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

České asociace sester

Ústřední vojenské nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha

Škála podle Morseové

	Položka			Skóre
1.	Pád v anamnéze	Ne Ano	0 25	
2.	Přidružená diagnóza	Ne Ano	0 15	
3.	Pomůcky k chůzi žádné/klid na lůžku/pomoc sestry berle/hůl/chodítko nábytek		0 15 30	
4.	Intravenózní terapie/zátka z fyziologického roztoku	Ne Ano	0 20	
5.	Chůze normální/klid na lůžku/vozik chabá narušená		0 10 20	
6.	Psychický stav orientovaný ve vlastních schopnostech přeceňuje se/zapomíná na svá omezení		0 15	

Celkové skóre

0 není riziko pádu
 < 25 nízké riziko
 25-45 střední riziko
 > 45 vysoké riziko

Proměnné ve stupnici jsou hodnoceny následovně:

Pády v anamnéze. Hodnocení 25 bodů se dává v případě, že pacient upadl při přijetí nebo prodělal v nedávné době fyziologický pád, např. při epileptickém záchvatu nebo z důvodu poruchy chůze. Pokud pacient neupadl, hodnocení je 0 bodů. Poznámka: Pokud pacient upadne poprvé, jeho hodnocení se okamžitě zvýší o 25 bodů.

Vedlejší diagnóza. Pokud má pacient více než jednu diagnózu, je ohodnocen 15 body. Pokud ne, skóre je 0.

Pomůcky k chůzi. Skóre je 0, pokud pacient chodí bez pomůcek (i když to je za asistence sestry), používá kolečkové křeslo nebo leží na lůžku a vůbec z něj nevstane. Pokud pacient používá berle, hůl nebo chodítko, je ohodnocen 15 body. Pokud se pohybuje tak, že se přidržuje okolního nábytku, je ohodnocen 30 body.

Intravenózní terapie. Pokud má pacient zavedenou i.v. kanylu, je v této kategorii ohodnocen 20 body, pokud ne, počet bodů je 0.

Chůze. Normální chůze je charakterizována pohybem bez zaváhání, kde je hlava vzpřímená a paže se houpou do rytmu. Takováto chůze znamená 0 bodů. Při slabé chůzi (za 10 bodů) je pacient shrbený, ale je při chůzi schopen zvednout hlavu, aniž by ztratil rovnováhu. Kroky jsou krátké a pacient se může šourat. Při zhoršené chůzi (20 bodů) může mít pacient obtíže se vstáváním ze židle – při pokusech si pomáhá tlačáním paží nebo se snaží odrazit (například při opakovaných pokusech vstát). Pacient má hlavu skloněnou, dívá se na zem. Rovnováha je špatná, proto se pacient přidržuje nábytkem, osobou, která mu pomáhá, nebo používá pomůcky k chůzi a nemůže chodit bez pomoci.

Duševní stav. Při použití této stupnice je stav duševních funkcí měřen podle pacientova hodnocení vlastní schopnosti pohybu. Zeptejte se pacienta: „Jste schopen jít na záchod sám, nebo potřebujete pomoc?“ Pokud pacient odpoví v souladu s ordinovaným pohybovým režimem, je označen jako „normální“ a ohodnocen 0 body. Pokud pacientova odpověď není v souladu s ošetrovatelskou ordinací nebo je jeho odpověď nerealistická, pak je pacient brán jako přeceňující svoje síly a zapomínající na svá omezení. Je ohodnocen 15 body.

Bodování a míra rizika. Hodnocení je pak zaznamenáno a vyznačeno v pacientově dokumentaci. Poté je určena míra rizika a jsou doporučena opatření (například nejsou nutná další opatření, standardní opatření, opatření u vysoce rizikových pacientů).

Poznámka: MFS by měla být upravena podle zařízení nebo oddělení, kde se používá, aby strategie byly zaměřeny na ty nejrizikovější. Jinými slovy: Bodové hranice rizika mohou být různé, když jsou užívány v nemocnicích akutní péče, v domovech ošetrovatelské péče nebo v rehabilitačních zařízeních. Navíc, bodování může být nastaveno jinak na různých odděleních téhož zařízení.

© Morse, J. M. Preventing Patient Falls. 2nd Edition. New York: Springer Publishing Company, 2008. Český překlad: PhDr. Renáta Zeleníková, PhD., a doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D., Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita (2014).

*Zhodnocení rizika pádu u pacienta – součást ošetřovatelské anamnézy
Podle Conleyové – upravila Jurásková (2006)
Rizikové faktory pro vznik pádu*

AnamnézaDDD (dezorientace, demence, deprese) – **3 body**věk 65 let a více – **2 body**pád v anamnéze – **1 bod**pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladu na lůžkové oddělení – **1 bod**zrakový / sluchový problém – **1 bod**užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, antihypertensiva, laxantia) – **1 bod****Vyšetření***Soběstačnost*Úplná – **0 bodů**Částečná – **2 body**Nesoběstačnost – **3 body****Schopnost spolupráce**Spolupracující – **0 bodů**Částečně spolupracující – **1 bod**Nespolupracující – **2 body****Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetřovatelského personálu)**Míváte někdy závratě? – **3 body**Máte v noci nucení močit? – **1 bod**Budíte se v noci a nemůžete usnout? – **1 bod****Celkem**

0–4 body* Bez rizika	5–13 bodů* Střední riziko	14–19 bodů* Vysoké riziko
---------------------------------------	--------------------------------------------	--------------------------------------------

* zaškrtněte možnosti

KONTROLNÍ KRITÉRIA	
1)	Je k dispozici platný standard péče?
2)	Zná nejčastější příčiny pádu u pacienta (vyjmenovat)?
3)	Zná cíl prevence pádu a zranění pacienta (vyjmenovat)?
4)	Zná pomůcky k prevenci pádu a zranění pacienta (vyjmenovat)?
5)	Zná možná opatření v prevenci u rizikových pacientů (vyjmenovat)?
6)	Je hodnoceno riziko pádu ihned při přijetí?
7)	Je hodnoceno riziko pádu při změně zdravotního stavu?
8)	Zná sestra způsob dokumentace pádu pacienta?
9)	Je rizikový pacient viditelně označen?
10)	Používají se k prevenci pádu vhodné pomůcky u rizikových pacientů?
11)	Je v dokumentaci výrazně označeno zjištěné riziko pádu?
12)	Je v dokumentaci zaznamenáno použití preventivních opatření?
13)	Je zaznamenán v dokumentaci pád pacienta a eventuálně jeho zranění s ošetřením?
14)	Sběr dat o pádech (hlášení) provádí odpovědná osoba PZS: Na lokální úrovni. Na národní úrovni.
15)	Je zaznamenána v dokumentaci edukace pacienta a osob blízkých?
16)	Údaje o pádech jsou pravidelně analyzovány a jsou přijímána opatření?

Pro ověření kritérií jsou používané metody:

- Pohledem do dokumentace nebo dotazem na NLZP/pacienta, lékaře, pozorováním.
- Přímá kontrola poskytnuté péče u pacienta v riziku/po pádu.