Classificação de Clientes Por Risco de Queda (Morse)

Hospital de Clínicas
Divisão de Enfermagem

Unidade/Enfermaria_____ Mês: _____/20__

Data	Turno	Risco de Quedas/Nº de Clientes								Total Dia	Quedas		Enfermeiro Responsável Nome/Coren
		Baixo 0-24	Moderado 25-44	Elevado ≥45	Não se Aplica	Nº Clientes Admitidos	Nº Clientes Admitidos Avaliados	Nº Clientes Internados	Nº Clientes Internados Avaliados		Com Danos	Sem Danos	
01	M												
	T												
	N												
02	M												
	T												
	N												
03	M												
	T												
	N												
04	M												
	T												
	N												
05	M												
	T												
	N												
06	M												
	T												
	N												
07	M												
	T												
	N												
08	M												
	T												
	N												
09	M												
	T												
	N												
10	M												
	T												
	N												
TOTAL													

Classificação de Clientes Por Risco de Queda (Morse)

Hospital de Clínicas
Divisão de Enfermagem

Unidade/Enfermaria_____ Mês: _____/20__

Data	Turno	Risco de Quedas/Nº de Clientes								Total Dia	Quedas		Enfermeiro Responsável Nome/Coren
		Baixo 0-24	Moderado 25-44	Elevado ≥45	Não se Aplica	Nº Clientes Admitidos	Nº Clientes Admitidos Avaliados	Nº Clientes Internados	Nº Clientes Internados Avaliados		Com Danos	Sem Danos	
11	M												
	T												
	N												
12	M												
	T												
	N												
13	M												
	T												
	N												
14	M												
	T												
	N												
15	M												
	T												
	N												
16	M												
	T												
	N												
17	M												
	T												
	N												
18	M												
	T												
	N												
19	M												
	T												
	N												
20	M												
	T												
	N												
TOTAL													

Classificação de Clientes Por Risco de Queda (Morse)

Hospital de Clínicas
Divisão de Enfermagem

Unidade/Enfermaria_____ Mês: _____/20__

Data	Turno	Risco de Quedas/Nº de Clientes								Total Dia	Quedas		Enfermeiro Responsável Nome/Coren
		Baixo 0-24	Moderado 25-44	Elevado ≥45	Não se Aplica	Nº Clientes Admitidos	Nº Clientes Admitidos Avaliados	Nº Clientes Internados	Nº Clientes Internados Avaliados		Com Danos	Sem Danos	
21	M												
	T												
	N												
22	M												
	T												
	N												
23	M												
	T												
	N												
24	M												
	T												
	N												
25	M												
	T												
	N												
26	M												
	T												
	N												
27	M												
	T												
	N												
28	M												
	T												
	N												
29	M												
	T												
	N												
30	M												
	T												
	N												
31	M												
	T												
	N												
TOTAL													

Hospital de Clínicas	**Notificação de Quedas no ambiente Hospitalar** **Divisão de Enfermagem - Serviço de Educação em Enfermagem**	Unidade/Enfermaria_____ Mês_____20__

Data	Nome do Paciente e RG	Horário da Queda	Local onde ocorreu a Queda	Danos Identificados	Enfº Responsável/Coren
Total de Quedas Identificadas			**RT de Enfermagem_____**		Notificação no Vigihosp ( ) Sim ( ) Não

Hospital de Clínicas	**Notificação de Quedas no ambiente Hospitalar** **Divisão de Enfermagem - Serviço de Educação em Enfermagem**	Unidade/Enfermaria_____ Mês_____20__	

Data	Nome do Paciente e RG	Horário da Queda	Local onde ocorreu a Queda	Danos Identificados	Enfº Responsável/Coren
Total de Quedas Identificadas			**RT de Enfermagem**_____		Notificação no Vigihosp ( ) Sim ( ) Não

Hospital de Clínicas	**Notificação de Quedas no ambiente Hospitalar** **Divisão de Enfermagem - Serviço de Educação em Enfermagem**	Unidade/Enfermaria_____ Mês_____20__	

Data	Nome do Paciente e RG	Horário da Queda	Local onde ocorreu a Queda	Danos Identificados	Enfº Responsável/Coren
Total de Quedas Identificadas			**RT de Enfermagem**_____		Notificação no Vigihosp ( ) Sim ( ) Não