

## VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA DEL PAZIENTE DI ETÀ MAGGIORE DI 14 ANNI

Timbro Unità Operativa

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_ Sesso  M  F

Terapia farmacologica (domande al paziente/caregiver/infermiere)		data		data		data		data		data	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
A1	Assume <b>4</b> o più farmaci?										
A2	Assume sedativi, farmaci dell'apparato cardiovascolare, lassativi, ipoglicemizzanti?										

Se **SI**, paziente a rischio caduta.

Se **NO**, ed età > 14 anni: ulteriore valutazione con scala di Conley

Precedenti cadute (domande al paziente/caregiver/infermiere)		data		data		data		data		data	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
C1	E' caduto negli ultimi tre mesi ?	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0
C2	Ha mai avuto vertigini o capogiri ? (negli ultimi tre mesi)	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
C3	Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (negli ultimi tre mesi)	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
Deterioramento cognitivo (osservazione infermieristica)											
C4	Compromissione della marcia (passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile)	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
C5	Agitato ( Es: incapacità di stare seduto fermo, si muove con irrequietezza, si tira i vestiti ecc.)	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0
C6	Deterioramento della capacità di giudizio/mancanza del senso del pericolo	3	0	3	0	3	0	3	0	3	0
<b>TOTALE</b>											
<b>Firma infermiere</b>											

Il paziente è considerato a rischio se totalizza un punteggio uguale o superiore a 2

