

Valutazione del rischio di caduta del paziente

Timbro Unità Operativa

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita ___/___/_____

Età _____ Sesso M F

Terapia farmacologica (domande al paziente/caregiver)		data		data		data		data		data	
		SI	NO								
A1	Assume 4 o più farmaci?										
A2	Assume sedativi, farmaci per l'apparato cardiovascolare, lassativi, ipoglicemizzanti?										

Se SI, paziente a rischio di caduta.

Se NO, ulteriore valutazione con scala di Conley

Precedenti cadute (domande al paziente/caregiver)		data		data		data		data		data	
		SI	NO								
C1	È 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	1	0	1	0	1	0	1	0
C6	Deterioramento della capacità di giudizio/mancanza del senso del pericolo	3	0	1	0	1	0	1	0	1	0
TOTALE											
Firma infermiere											

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