



Allegato N. 1

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA

U.O.: _____

Nome e cognome del paziente: _____ Sesso: M F

Data di nascita _____ C.F. _____ Data: _____

Limitata autonomia nella mobilità	Si	No
Deficit visivo tale da limitarne l'autonomia	Si	No
IL PAZIENTE ASSUME PIU' Di 4 FARMACI DI CUI UNO APPARTIENE A UNA DELLE SEGUENTI CATEGORIE:		
Farmaci con effetto sedativo sul sistema nervoso centrale od oppiacei	SI	NO
Farmaci con effetto sul sistema cardiovascolare	SI	NO

Firma dell'infermiere _____

N.B: Se si è risposto "si" ad almeno una voce, compilare la successiva scala di valutazione del rischio caduta.

N.B: In caso di 3 risposte negative procedere in base alla valutazione infermieristica