**SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA**

|  |
| --- |
| **U.O.** ……………………………………………………………………………………………… DATA DI RILEVAZIONE …………………………….NOME E COGNOME PAZIENTE ………………………………………………………………………………………………………………………….DATA DI NASCITA …………………………………………………………………………………. Sesso: M  F * **Limitata autonomia nella mobilità SI NO**
* **Deficit visivo tale da limitarne l’autonomia SI NO**
* **Il paziente assume più di 4 farmaci di cui almeno uno appartenente alle seguenti categorie:**
* **Farmaci con effetto sedativo su SNC e/o oppiacei SI NO**
* **Farmaci con effetti sul sistema cardiovascolare SI NO**

IN CASO DI 3 RISPOSTE NEGATIVE PROCEDERE IN BASE ALLA VALUTAZIONE INFERMIERISTICA**SE SI È RISPOSTO “SI” AD ALMENO UNA VOCE, COMPILARE LA SUCCESSIVA SCALA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA** |

|  |
| --- |
| **SCALA DI CONLEY** (Valutazione del rischio di caduta del paziente)**Istruzioni:** le prime tre domande devono essere rivolte al paziente; in caso il paziente presenti gravi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere possono essere rivolte ad un familiare o al caregiver o all’infermiere. Occorre poi barrare il valore corrispondente alla risposta fornita e sommare i valori positivi. La risposta “non so” è da considerare risposta negativa. **Rivalutazione dopo ogni caduta e al variare delle condizioni cliniche.**   |
| Data ……………………………

|  |
| --- |
| **Precedenti cadute** (domande al paziente/caregiver/infermiere**SI NO** **2 0** **1 0** **1 0** **1 0** **2 0** **3 0** **SI NO** **2 0** **1 0** **1 0** **1 0** **2 0** **3 0**  |

C1 – È caduto negli ultimi 3 mesi? C2 – Ha mai avuto vertigini o capogiri? (ultimi 3 mesi)C3- Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (ultimi 3 mesi)

|  |
| --- |
| **Deterioramento cognitivo** (osservazione infermieristica) |

C4 – Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base d’appoggio, marcia instabileC5 – Agitato (Definizione: eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associata ad agitazione interiore. Es. incapacità di stare seduto fermo,  si muove con irrequietezza, si tira i vestiti, etc.)C6- Deterioramento della capacità di giudizio/mancanza del senso del pericolo **TOTALE: …….………. ..…………….****INDICE DI CONLEY: 0 = minimo rischio; 8 = massimo rischio** **I. di C. ≥ 2 PAZIENTE A RISCHIO CADUTA SI NO SI NO**  |
| Compilare la parte sottostante solo nel caso l’indice di Conley sia ≥ 2 |

|  |
| --- |
|   **Data e Ora Data e Ora Data e Ora** **dal ricovero dal ricovero dal ricovero** **….………………… ….…………………. ………….………….** Presenta almeno una delle seguenti patologie (sottolineare): NO SI* cerebrovascolari, neurologiche, cardiache, psichiatriche, respiratorie;
* ha subito interventi chirurgici maggiori e/o demolitivi.
 |
| Firma CPSI **Data e Ora**  …………………………………………….. ……………………………………………..Firma CPSI **Data e Ora** …………………………………………….. ……………………………………………..Firma CPSI **Data e Ora**  …………………………………………….. ……………………………………………..Firma CPSI **Data e Ora**  …………………………………………….. …………………………………………….. |