**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 instabile  C5 – 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**  …………………………………………….. …………………………………………….. |