



SCHEDA DI VALUTAZIONE RISCHIO CADUTA PAZIENTI

U.O:

Nome Cognome Paziente..... Data di nascita.....età.....
 Sesso | | M | | F

Data.....Firma.....

Data.....Firma.....

→ assume più di 4 farmaci (indipendentemente dal tipo) | | SI | | NO | | SI | | NO

→ debolezza alle anche | | SI | | NO | | SI | | NO

→ equilibrio instabile | | SI | | NO | | SI | | NO

SE SI E' RISPOSTO "SI" AD ALMENO UNA VARIABILE COMPILARE LA SCALA CONLEY

SCALA DI CONLEY

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 come risposta negativa.

Data

	SI	NO	SI	NO
Precedenti cadute (domande al				
C1-E' caduto negli ultimi 3 mesi?	2	0	2	0
C2-Ha mai avuto vertigini o capogiri? (negli ultimi 3 mesi)	1	0	1	0
C3-Le è mai capitato di perdere urine e feci mentre si recava in bagno?(negli ultimi 3 mesi)	1	0	1	0
Deterioramento cognitivo (osservazione infermieristica)				
C4- Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile	1	0	1	0
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, ecc...).	2	0	2	0
C6- Deterioramento della capacità di giudizio/ mancanza del senso di pericolo	3	0	3	0
TOTALE:				

CON INDICE DI CONLEY ≥ 2
Paziente a rischio di caduta →

Firma Infermiere | | SI | | NO | | SI | | NO

.....

.....