

 <b>ATS Sardegna</b> Azienda Tutela Salute SC Qualità, Appropriately, Clinical Governance e Risk Management	<b>SCHEDA DI VALUTAZIONE RISCHIO CADUTE</b>	ALL-1_PGS-2_ST000401 Edizione 28/11/2019 Rev. 0 28/11/2019 Pag. 1/1
--	---	--

SCHEDA DI VALUTAZIONE RISCHIO CADUTE (A cura dell'Infermiere)			
STABILIMENTO OSPEDALIERO .....  UNITÀ OPERATIVA .....	NOME E COGNOME DEL PAZIENTE .....  DATA DI NASCITA PAZIENTE ...../...../.....		
FATTORI DI RISCHIO			
ETÀ PAZIENTE	MENO DI 65 ANNI <input type="checkbox"/>	PIÙ DI 65 ANNI <input type="checkbox"/>	SESSO    F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
	PRIMA VALUTAZIONE		RIVALUTAZIONE
UNA O PIÙ CADUTE NEGLI ULTIMI 12 MESI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
UNA O PIÙ CADUTE DURANTE L'ATTUALE DEGENZA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Disabilità uditiva	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Disabilità visiva	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Problemi di mobilità	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Andatura compromessa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Astenia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Episodi di capogiro	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Difficoltà a compiere le attività quotidiane	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Paura di cadere	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Paziente disorientato e/o agitato	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Mancanza del senso del pericolo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Incontinenza urinaria e/o fecale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Terapia che prevede 1 o più dei seguenti farmaci: (barrare la casella relativa al farmaco assunto) Psicofarmaci <input type="checkbox"/> Vasodilatatori <input type="checkbox"/> Antiipertensivi <input type="checkbox"/> Diuretici <input type="checkbox"/> Antistaminici <input type="checkbox"/> Ipoglicemizzanti <input type="checkbox"/>			
* PAZIENTE A BASSO RISCHIO <input type="checkbox"/>		** PAZIENTE AD ALTO RISCHIO <input type="checkbox"/>	
* Paziente a basso rischio se di età < 65 anni e/o non ha avuto episodi di caduta e/o non presenta nessuno dei fattori di rischio elencati ** Paziente ad alto rischio se di età > 65 anni e/o ha avuto episodi di caduta e/o presenta uno o più di uno dei fattori di rischio elencati			
Data	Firma dell'Infermiere (Prima valutazione)	Data	Firma dell'Infermiere (Rivalutazione)
...../...../.....	.....	...../...../.....	.....

**NB:** La scheda di valutazione consente di evidenziare i fattori di rischio con valore di probabilità, pertanto non sostituisce il giudizio clinico complessivo sul paziente e non può escludere la possibilità che si verifichi un evento caduta considerato che le cadute del paziente ricoverato sono imprevedibili nell'8% dei casi. (Ministero della Salute, Raccomandazione n° 13/2011).

È consentita la visione e la stampa della scheda ma non la modifica. È consentita la diffusione del documento solo citando la fonte e gli autori.