

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI

Scala di Conley*

U.O. _____

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Età _____ Sesso: M ☐ F ☐

Data della rilevazione _____ Ora _____

Valutazione del rischio di caduta del paziente

SE SI RISPONDE SI AD ALMENO UNA DELLE CONDIZIONI SOTTO RIPORTATE <u>IL PAZIENTE È DA CONSIDERARSI GIA' A RISCHIO CADUTA</u> <i>(quindi non è necessario compilare la Scala di Conley)</i>		
ASSUME 4 O PIÙ FARMACI (almeno 1 tra diuretici e ipotensivi, lassativi, sedativi)	SI	NO
PRESENZA DEFICIT MOTORI	SI	NO
PRESENZA DEFICIT SENSORIALI	SI	NO
IL PAZIENTE È NELLE PRIME 24 h POST-OPERATORIE?	SI	NO

Scala di Conley*

(da compilare nei pazienti con età $\geq$ a 65 anni)

Istruzioni: le prime 3 domande devono essere rivolte solo al paziente; possono essere rivolte ad un familiare o al care giver o all'infermiere, solo se il paziente ha severi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere.

Come si calcola il punteggio: ad ogni domanda è attribuito un punteggio pari a zero se negativa, o variabile tra 1 e 3 se positiva. Per individuare il risultato occorre sommare i punteggi positivi. Il paziente è considerato a rischio se totalizza un punteggio uguale o superiore a 2.

Precedenti cadute (domande al paziente/caregiver/infermiere)	SI	NO
C1 - E' caduto nel corso degli ultimi tre mesi?	2	0
C2 - Ha mai avuto vertigini o capogiri? (negli ultimi tre mesi)	1	0
C3- Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (negli ultimi 3 mesi)	1	0

Deterioramento cognitivo (osservazione infermieristica)	SI	NO
C4 - Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile	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
C6 - Deterioramento della capacità di giudizio/ mancanza del senso del pericolo	3	0

RISULTATO RISCHIO CADUTA PRESENTE : SI ☐ NO ☐

NB: Se il paziente risulta a rischio di caduta si informa il Paziente e/o Familiari sulla necessità di utilizzo di Pantofole chiuse con suola in gomma

Il Paziente e/o Il Familiare

Firma dell'infermiere

*Tale scheda è da intendersi parte integrante della documentazione sanitaria del paziente.