

**AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI**

**ALLEGATO I**

UO \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ N. Cartella Clinica \_\_\_\_\_

<b>SCHEDA PER LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEL RISCHIO DI CADUTA</b> (BARRARE LA CASELLA D'INTERESSE)		
<input type="checkbox"/>	Paziente con età >65 anni; in particolare se ricoverato per caduta o per qualunque altra causa e con storia positiva per caduta	<b>Paziente ad alto rischio</b> (rischio aggravato se il paziente è affetto o potenzialmente affetto da osteoporosi)
<input type="checkbox"/>	Paziente con età >85 anni ricoverato per qualunque causa anche se con storia negativa per caduta	
<b>Deficit neuro-cognitivi, deficit visivi</b> Verificare e descrivere la presenza di tremori, rigidità, stato convulsivo, deficit del coordinamento psico-motorio, parestesie degli arti inferiori, deficit visivi (ad eccezione delle forme comuni di ipermetropia senile)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ..... ..... .....
<b>Deficit dell'equilibrio, andatura incerta, alterazioni del tono muscolare ed eventuale paura di cadere</b> Valutare e descrivere se la base di appoggio è larga, se vi è debolezza e se il paziente manifesta una insicurezza motoria di recente insorgenza		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ..... ..... .....
<b>Incontinenza urinaria</b> Verificare e descrivere se presente nicturia, pollachiuria diurna o correlata con l'assunzione di farmaci		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ..... ..... .....
<b>Profilo emodinamico e cardiovascolare</b> Verificare e descrivere il recente accadimento di sincopi, lipotimie, stato confusionale da ipoperfusioni cerebrali transitorie e/o croniche da aterosclerosi, ipersensibilità del seno carotideo con precedenti di caduta		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ..... ..... .....
<b>Consumo di sostanze e/o terapie in corso</b> Verificare e descrivere l'eventuale prescrizione e somministrazione di sedativi e depressori del SNC, farmaci per la gestione del dolore, farmaci vasoattivi e cardiovascolari, diuretici e lassativi, correttori del metabolismo glucidico		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ..... ..... .....
<b>Valutazione complessiva</b> (barrare la casella d'interesse)		
<input type="checkbox"/> <b>Soggetto a basso rischio</b> (nessun item positivo)	<input type="checkbox"/> <b>Soggetto ad alto rischio</b> (almeno un item significativamente positivo)	

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_