

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI

UO _____ Cognome _____ Nome _____

SCHEDA PER LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEL RISCHIO DI CADUTA (BARRARE LA CASELLA D'INTERESSE)		
<input type="checkbox"/>	Paziente con età >65 anni ricoverato per caduta o per qualunque altra causa ma con storia positiva per caduta	Paziente ad alto rischio (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	
Deficit neuro-cognitivi, deficit visivi 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
Deficit dell'equilibrio, andatura incerta, alterazioni del tono muscolare ed eventuale paura di cadere 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
Incontinenza urinaria Verificare e descrivere se presente nicturia, pollachiuria diurna o correlata con l'assunzione di farmaci		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Profilo emodinamico e cardiovascolare 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
Consumo di sostanze e/o terapie in corso Verificare e descrivere l'eventuale prescrizione e somministrazione di sedativi e depressori del SNC, farmaci vasoattivi e cardiovascolari, diuretici e lassativi, correttori del metabolismo glucidico		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Valutazione complessiva (barrare la casella d'interesse)		
<input type="checkbox"/>	Soggetto a basso rischio (nessun item positivo)	<input type="checkbox"/>
		Soggetto ad alto rischio (almeno un item significativamente positivo)

Data _____

Firma _____