

U.O. : \_\_\_\_\_

Nome e cognome del paziente: \_\_\_\_\_ Sesso : M F

Data di nascita \_\_\_\_\_ Data di rilevazione: \_\_\_\_\_

Limitata autonomia nella mobilità	Si	No
Deficit visivo tale da limitarne l'autonomia	Si	No
IL PAZIENTE ASSUME PIU' DI 4 FARMACI DI CUI UNO APPARTIENE A UNA DELLE SEGUENTI CATEGORIE:		
Farmaci con effetto sedativo sul sistema nervoso centrale od oppiacei	SI	NO
Farmaci con effetto sul sistema cardiovascolare	SI	NO
<b>N.B.: Se si è risposto "si" ad almeno una voce, compilare la successiva scala di valutazione del rischio caduta. N.B.: In caso di 3 risposte negative procedere in base alla valutazione infermieristica.</b>		
<b>CLASSI DI FARMACI</b>	<b>EFFETTI PREDISPONENTI ALLA CADUTA</b>	
Antipertensivi	Ipotensione ortostatica, urge-incontinenza	
Sedativi e ipnotici	Sedazione, confusione mentale	
Ipoglicemizzanti	Ipoglicemia	
Neurolettici	Disturbi extrapiramidali	
Antianginosi e antiaritmici	Ipotensione ortostatica, vertigini, aritmie	
Antidepressivi	Sedazione, astenia, stato confusionale, ipotensione ortostatica, tremore	
Lassativi	Disidratazione	
	PUNTEGGIO	
INDICATORI	SI	NO
	6	0
E' disorientato, confuso, agitato	0	0
Ha in corso patologie:	2	0
Cerebrovascolari	0	0
Cardiache	2	0
Psichiatriche	0	0
Dismetaboliche	2	0
Neurologiche	3	0
	0	0
Presenta incontinenza o ha necessità di andare in bagno con particolare frequenza	4	0
	0	0
Dare una sola risposta:	3	0
A) cammina con stampelle o bastone deambulatore	0	0
B) si sposta con l'ausilio della sedia a rotelle	3	0
C) cammina senza gli ausili appoggiandosi agli arredi	6	0
	0	0
Cammina con uno di questi presidi: asta, drenaggio, sacchetto urine	3	0
	0	0
Ha necessità di assistenza negli spostamenti (da verso il letto, nel bagno ecc.)	6	0
	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>39</b>	

PUNTEGGIO:

2-11 = **basso rischio**12-20 = **medio rischio**21-39 = **alto rischio**

Operatore \_\_\_\_\_