



PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO
DELL'ORDINE OSPEDALIERO SAN GIOVANNI DI DIO
FATEBENEFRATELLI
OSPEDALE SAN PIETRO
VIA CASSIA, 600 - 00189 ROMA
Tel 06/33581

Scheda per la valutazione multidimensionale del rischio caduta

REPARTO: _____

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita _____ Età () Sesso: M F Data ricovero _____

<input type="checkbox"/>	Paziente con età >65 anni ricoverato per caduta o per qualunque altra causa ma con una storia positiva per caduta.	PAZIENTE AD ALTO RISCHIO <i>(rischio aggravato se il paziente è affetto o potenzialmente affetto da osteoporosi)</i>	
<input type="checkbox"/>	Paziente con età >85 anni ricoverato per qualunque causa anche se con storia negativa per caduta.		
Deficit neuro-cognitivi, deficit visivi		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
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).		_____ _____ _____	
Deficit dell'equilibrio, andatura incerta, alterazioni del tono muscolare ed eventuale paura di cadere		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
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.		_____ _____ _____	
Incontinenza urinaria		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Verificare e descrivere se presente nicturia, pollachiuria diurna o correlata con l'assunzione di farmaci.		_____ _____ _____	
Profilo emodinamico e cardiovascolare		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
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.		_____ _____ _____	
Consumo di sostanze e/o terapie in corso		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
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.		_____ _____ _____	
VALUTAZIONE COMPLESSIVA			
<input type="checkbox"/>	Soggetto a BASSO RISCHIO (nessun item positivo)	<input type="checkbox"/>	Soggetto ad ALTO RISCHIO (almeno un item significativamente positivo)
DATA DI COMPILAZIONE: ____ / ____ / ____		MATRICOLA E FIRMA DELL'OPERATORE	