

ALLEGATO N° 1 LA SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA DEI PAZIENTI: LA SCHEDA DI CONLEY

U.O.----- SESSO M ☐ F ☐

Cognome-----Nome-----data di nascita-----

Prima valutazione

	data	data	data
ASSUME PIÙ DI 4 FARMACI	SI NO	SI NO	SI NO
DEBOLEZZA ALLE ANCHE	SI NO	SI NO	SI NO
EQUILIBRIO INSTABILE	SI NO	SI NO	SI NO

Se si è risposto sì ad almeno una variabile , proseguire con la compilazione della scheda, altrimenti rivalutare (ogni 72 ore tranne se cambiano alcune condizioni)

SCALA DI CONLEY

Istruzioni: le prime tre domande devono essere rivolte al paziente; se il paziente presenta gravi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere, le domande possono essere rivolte al familiare o al caregiver o all'infermiere. Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita e sommare i valori positivi. La risposta "non so" va considerata come risposta negativa.

	data	data	data
Precedenti cadute (domanda al paz., caregiver, infermiere)	SI NO	SI NO	SI NO
E' caduto negli ultimi tre mesi?	2 0	2 0	2 0
Ha mai avuto vertigini o capogiri?	1 0	1 0	1 0
Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (ultimi tre mesi)	1 0	1 0	1 0
Deterioramento cognitivo (osservazione infermieristica)			
Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base di appoggio, marcia instabile	1 0	1 0	1 0
agitato	2 0	2 0	2 0
Deterioramento della capacità di giudizio/mancanza del senso del pericolo	3 0	3 0	3 0
TOTALE			

Se l'Indice di Conley ≥ 2 paz. a rischio caduta.

In tal caso si procede con la compilazione della seconda parte della Scala di Conley

QUESITI	DATA	DATA	DATA
PATOLOGIE IN CORSO: presenta almeno una delle seguenti patologie: cerebrovascolari, cardiache, neurol/psichiatriche, respiratorie, o ha subito interventi chirurgici maggiori o demolitivi	SI NO	SI NO	SI NO
ALTERAZIONE DEI SENSI presenta deficit della vista tale da compromettere tutte le altre funzioni quotidiane presenta deficit dell'udito	SI NO SI NO	SI NO SI NO	SI NO SI NO
ELIMINAZIONE Ha necessità di andare in bagno con particolare frequenza (intervalli < 3 ore) Presenta perdite di urine o feci mentre si reca in bagno	SI NO SI NO	SI NO SI NO	SI NO SI NO
MOBILITA' (sono possibili più risposte) ↓ cammina con stampelle/bastone/deambulatore ↓ si sposta utilizzando la sedia a rotelle ↓ cammina senza ausili aggrappandosi agli arredi ↓ cammina con uno dei seguenti presidi: asta, drenaggio, busta urine ↓ necessita di assistenza negli spostamenti ↓ ha difficoltà a muoversi nel letto ↓ utilizza calzature aperte senza soles antiscivolo	SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO	SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO	SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO
ANDATURA E ATTIVITA' QUOTIDIANE ha difficoltà a mantenersi stabilmente in posizione eretta ha difficoltà nel compiere le sue attività quotidiane cammina a testa bassa? (trascinando i piedi)	SI NO SI NO SI NO	SI NO SI NO SI NO	SI NO SI NO SI NO
STATO MENTALE e' disorientato e/o confuso	SI NO	SI NO	SI NO
TERAPIA FARMACOLOGICA assume psicofarmaci assume uno o più dei seguenti farmaci: ↓ vasodilatatori usati nelle malattie cardiache ↓ antipertensivi ↓ diuretici ↓ antistaminici ↓ antidolorifici	SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO	SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO	SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO
CONTENZIONE fisica farmacologica	SI NO SI NO	SI NO SI NO	SI NO SI NO

FIRMA DEL VALUTATORE-----

M