	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	



PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE - Rischio Cadute

Fattori correlati		Obiettivi		Interventi		Data.....			Data.....			Data.....			Data.....		
						M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
						Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma
<input type="checkbox"/>	Alterazioni delle cerebrali secondarie a ipossia (vertigini / sincope)	<input type="checkbox"/>	La persona non presenterà episodi di cadute durante la degenza	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Alterazioni della mobilità secondario a patologia	<input type="checkbox"/>	La persona adotterà le misure di sicurezza per prevenire le cadute accidentali entro.....	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Perdita di un arto	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Alterazioni della vista o udito	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Fatigue	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Ipotensione ortostatica	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Inadeguata consapevolezza dei rischi ambientali secondario a confusione mentale	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Contrazioni tonico – cloniche secondario a convulsioni	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Effetti farmaceutici sulla mobilità e sensorio	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Dispositivi esterni	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Alterata capacità di giudizio	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Uso inappropriato degli ausili	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Andatura instabile	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													

Indicatori

Caduta: SI NO

Note / Osservazioni

Legenda:  Valutazione multifattoriale del rischio caduta
 Protocollo Procedura - Istr. Operativa