

	SCALA MORSE	MOD 01 PG GRC_cadute
	DIREZIONE GENERALE SERVIZIO GESTIONE RISCHIO CLINICO	Rev. 00 Del 21.01.2014

NOME _____ **DATA DI NASCITA** /...../..... **C.C. N°** _____

	item	scala	valutazione ingresso	rivalutaz.
1	Storia di cadute	Non è mai caduto	0	0
		E' caduto per la prima volta durante il ricovero in corso o è caduto nei 3 mesi precedenti l'ammissione	25	25
2	Presenza di patologie multiple	Ha una sola diagnosi medica	0	0
		Ha più di una diagnosi medica (es. diabete e neoplasia)	15	15
3	Necessità di aiuto nella deambulazione	Immobilizzato a letto	0	0
		assistito dal personale, usa sedia a rotelle	0	0
		Cammina senza ausili	0	0
		utilizza grucce/ bastone/ deambulatore	15	15
		si aggrappa agli arredi	30	30
4	Terapia endovenosa / via venosa	Non deambula con un sistema di terapia endovena o infusione continua	0	0
		Deambula con un sistema di terapia endovena o infusione continua	20	20
5	Deambulazione	Normale, caratterizzato da passo sicuro	0	0
		Debole, caratteristica del paziente che ha una postura curva, pur mantenendo l'equilibrio	15	15
		Pericolosa, caratteristica del paziente che ha scarso equilibrio, che cerca sicurezza aggrappandosi agli arredi e che non è in grado di camminare in modo autonomo. Il paziente fa passi corti e strascicati	20	20
6	Stato mentale	Risponde in modo coerente alla richiesta dell'infermiere	0	0
		La risposta non è coerente con la richiesta dell'infermiere o l'autovalutazione non è realistica	15	15
TOTALE PUNTEGGIO				
Data /ora				
FIRMA RILEVATORE				

Livello di rischio del paziente	Punteggio	Azione
RISCHIO BASSO	0-24	assistere secondo i normali standard clinico-assistenziali, mantenere la sorveglianza
RISCHIO MODERATO	25-49	completare la valutazione del rischio caduta , attivare le misure di prevenzione, compilare la scheda Interventi di prevenzione
RISCHIO ALTO	>= 50	

	SCALA MORSE	MOD 01 PG GRC_cadute
	DIREZIONE GENERALE SERVIZIO GESTIONE RISCHIO CLINICO	Rev. 00 Del 21.01.2014

NOME _____ DATA DI NASCITA /...../..... C.C. N° _____

INTERVENTI DI PREVENZIONE DEL RISCHIO CADUTE

Fattori di rischio rilevati:.....

Tipo di intervento	Modalità	data e firma
Informazione /educazione	☐ fornito informazioni, spiegazioni e formazione al paziente ed ai familiari su fattori di rischio e le misure preventive ☐ mostrato ambienti e campanello per chiamare assistenza ☐ richiesto utilizzo di calzature adeguate ☐ consegnato materiale informativo	
Controllo equilibrio ed andatura	☐ addestrato nell'uso di ☐ programma di mobilizzazione ☐ spostamenti solo con se assistito da operatore e/o familiare	
Gestione incontinenza, Assistenza per igiene personale	☐ consigliato di chiamare il personale per andare al bagno ☐ incrementare frequenza osservazioni infermieristiche ☐ igiene al letto ☐ con ausilio	
Ambiente/arredi	☐ fornito letto ad altezza variabile ☐ posizionato spondine ☐ posizionato letto vicino.... ☐ eliminato barriere ☐	
Revisione terapia farmacologica	☐	medico
Altro	specificare:	

Tipo di intervento	Modalità	data e firma
Informazione /educazione	☐ fornito informazioni, spiegazioni e formazione al paziente ed ai familiari su fattori di rischio e le misure preventive ☐ mostrato ambienti e campanello per chiamare assistenza ☐ richiesto utilizzo di calzature adeguate ☐ consegnato materiale informativo	
Controllo equilibrio ed andatura	☐ addestrato nell'uso di ☐ programma di mobilizzazione ☐ spostamenti solo con se assistito da operatore e/o familiare	
Gestione incontinenza, assistenza per igiene personale	☐ consigliato di chiamare il personale per andare al bagno ☐ incrementare frequenza osservazioni infermieristiche ☐ igiene al letto ☐ con ausilio	
Ambiente/arredi	☐ fornito letto ad altezza variabile ☐ posizionato spondine ☐ posizionato letto vicino.... ☐ eliminato barriere	
Revisione terapia farmacologica	☐	medico
Altro	specificare:	