

## **RE.TOSs con legenda per calcolo del rischio**

Il rischio di cadere è stato misurato sulla base di uno score di rischio messo a punto durante la sperimentazione della scheda RE.TOSs condotta negli ospedali della Toscana [Regione Toscana. La prevenzione delle cadute in Toscana, 2011].

Questo strumento, finalizzato a orientare le attività di prevenzione del rischio di caduta, è strutturato su 11 fattori che riguardano l'anamnesi delle cadute, le osservazioni sulle condizioni di salute del paziente (sia fisiche che cognitive e comportamentali)

La somma pesata dei fattori restituisce uno score con punteggio che va da minimo di 0 (nessun rischio) a un massimo di 21 (rischio elevato). I punteggi ottenuti sono stati ricondotti a tre livelli: elevato (score  $\geq 10$ ), medio (score tra  $\geq 6$  e  $\leq 9$ ) e basso (score  $\leq 5$ )

## RSA QuEST - Scheda RE.TOSs

la prevenzione delle cadute

CODICE RSA    CODICE OSPITE    -    
 Anno nascita     Sesso  M  F  
(tipo ospite)



**CRITERI DI INCLUSIONE**  
 La persona:  
 - non è in stato di incoscienza  
 - non è in stato terminale

Data rilevazione <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	CODICE RILEVATORE								
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
QUESITI	T. ZERO		1° MESE		2° MESE		3° MESE		
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	
<b>ANAMNESI DI CADUTE</b>									
E' caduto nel corso dei 6 mesi precedenti?	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>							
E' caduto durante la permanenza in RSA? (solo per le valutazioni successive all'ingresso)			0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
<b>PATOLOGIE IN CORSO - CONDIZIONI CLINICHE</b>									
Presenta almeno una delle seguenti patologie: cerebrovascolari, cardiache, neurol/psich (vedi legenda)	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
Ha manifestato episodi di vertigini o capogiri nei 6 mesi precedenti?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>							
Ha manifestato episodi di vertigini o capogiri durante la permanenza?			0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
<b>ALTERAZIONE DEI SENSI</b>									
Presenta deficit della vista tale da compromettere tutte le altre funzioni quotidiane?	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
Presenta deficit dell'udito?	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
<b>ELIMINAZIONE</b>									
Ha necessità di andare in bagno con particolare frequenza? (ad intervalli < 3 ore)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presenta perdita di urine o feci mentre si reca in bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>MOBILITA'</b>									
Cammina con stampelle o bastone o deambolatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si sposta utilizzando la sedia a rotelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cammina senza ausili aggrappandosi agli arti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cammina con uno dei seguenti presidi: asta, drenaggio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uno dei casi precedenti, con necessità di ass spostamenti (da e verso il letto, nel bagno ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ha difficoltà a muoversi nel letto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Pesa 1 se viene segnalato almeno 1 Si tra quelli nel riquadro

QUESITI	T. ZERO	1° MESE	2° MESE	3° MESE
<b>ANDATURA E ATTIVITA' QUOTIDIANE</b>	No Si	No Si	No Si	No Si
Ha un'andatura compromessa (marcia instabile, passo strisciante, scarso equilibrio, ampia base d'appoggio)	0 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ha difficoltà a mantenersi stabilmente in posizione eretta	0 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ha difficoltà nel compiere le sue attività quotidiane (spogliarsi, vestirsi, igiene personale)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>STATO MENTALE – AGITAZIONE PSICOMOTORIA</b>	No Si	No Si	No Si	No Si
E' disorientato e/o confuso	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Presenta alterazione della capacità di giudizio / mancanza del senso del pericolo	0 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E' agitato <small>(eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associata ad agitazione interiore. Es. incapacità di stare seduto fermo, si muove con irrequietezza, si tira i vestiti ecc.)</small>	0 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>TERAPIA FARMACOLOGICA</b> (vedi elenchi farmaci)	No Si	No Si	No Si	No Si
Assume psicofarmaci ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Assume 1 o più dei seguenti farmaci: (possibile più di una risposta)				
vasodilatatori usati nelle malattie cardi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
antiipertensivi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
diuretici	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
antistaminici per uso sistemico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
antidolorifici	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>TERAPIA ENDOVENOSA</b>	No Si	No Si	No Si	No Si
Il paziente viene trattato con infusioni endovenose?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**Pesa 1  
se viene  
segnalato  
almeno 1 Si  
tra quelli nel  
riquadro**

**Se hai rivalutato l'ospite prima dei 3 mesi previsti quali variazioni nelle condizioni cliniche hai rilevato?**  
(possibile più di una risposta)

Alterazione stato di coscienza       Variazioni terapeutiche importanti e/o effetti collaterali terapia

Alterazione parametri vitali       Comparsa dolore

Alterazione mobilità       Altro