

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"/>	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"/>	
QUESITI	T. ZERO		1° MESE		2° MESE		3° MESE	
ANAMNESI DI CADUTE	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
E' caduto nel corso dei 6 mesi precedenti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
E' caduto durante la permanenza in RSA? (solo per le valutazioni successive all'ingresso)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PATOLOGIE IN CORSO - CONDIZIONI CLINICHE	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Presenta almeno una delle seguenti patologie: cerebrovascolari, cardiache, neurol/psych (vedi legenda)	<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 manifestato episodi di vertigini o capogiri nei 6 mesi precedenti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Ha manifestato episodi di vertigini o capogiri durante la permanenza?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTERAZIONE DEI SENSI	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Presenta deficit della vista tale da compromettere tutte le altre funzioni quotidiane?	<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 deficit dell'udito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ELIMINAZIONE	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
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"/>
MOBILITA'	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Cammina con stampelle o bastone o deambulatore	<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 arredi	<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, sacchetto urine, 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 assistenza negli 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"/>

QUESITI	T. ZERO		1° MESE		2° MESE		3° MESE	
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
ANDATURA E ATTIVITA' QUOTIDIANE								
Ha un'andatura compromessa (marcia instabile, passo strisciante, scarso equilibrio, ampia base d'appoggio)	<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 mantenersi stabilmente in posizione eretta	<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 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"/>
STATO MENTALE – AGITAZIONE PSICOMOTORIA								
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' agitato (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.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TERAPIA FARMACOLOGICA (vedi elenchi farmaci)								
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 cardiache	<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"/>
TERAPIA ENDOVENOSA								
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"/>

Se hai rivalutato l'ospite prima dei 3 mesi previsti quali variazioni nelle condizioni cliniche hai rilevato?

(possibile più di una risposta)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alterazione stato di coscienza | <input type="checkbox"/> Variazioni terapeutiche importanti e/o effetti collaterali terapia |
| <input type="checkbox"/> Alterazione parametri vitali | <input type="checkbox"/> Comparsa dolore |
| <input type="checkbox"/> Alterazione mobilità | <input type="checkbox"/> Altro |