



INTEGRAZIONE DELLA SCHEDA DI CONLEY

**U.O. Gestione del
Rischio Clinico**

(Da compilare solo se l'Indice di Conley ≥ 2)

PARTE 2	Data e ora rilevazione (accettazione)		Data e ora rilevazione (dopo 72 ore)		Data e ora rilevazione		Data e ora rilevazione	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Presenta almeno una delle seguenti patologie: cerebrovascolari, cardiache, neurol/psych., respiratorie, o ha subito interventi chirurgici maggiori o demolitivi								
ALTERAZIONE DEI SENSI								
Presenta deficit della vista tale da compromettere tutte le altre funzioni quotidiane								
Presenta deficit dell'udito								
ELIMINAZIONE								
Ha necessità di andare in bagno con particolare frequenza (intervalli 3 ore)								
Presenta perdite di urine o feci mentre si reca in bagno								
MOBILITÀ								
Si sposta utilizzando la sedia a rotelle								
Cammina senza ausili aggrappandosi agli arredi								
Cammina con uno dei seguenti presidi: asta, sacchetto urine, drenaggio								
Necessita di assistenza negli spostamenti								
Ha difficoltà a muoversi nel letto								
Utilizza calzature aperte senza suola antiscivolo								
ANDATURA E ATTIVITÀ QUOTIDIANE								
Ha difficoltà a mantenersi stabilmente in posizione eretta								
Ha difficoltà nel compiere le sue attività quotidiane								
Cammina a testa bassa (trascinando i piedi)								
STATO MENTALE								
È disorientato/confuso								
TERAPIA FARMACOLOGICA								
Assume psicofarmaci								
Assume vasodilatatori								
Assume antiipertensivi								
Assume diuretici								
Assume antistaminici per uso sistemico								
Assume antidolorifici								
CONTENZIONE								
Fisica								
Farmacologica								

FIRMA DEL VALUTATORE

.....

*Successivamente alla compilazione della scheda di valutazione del rischio, è necessario stilare il piano di
assistenza personalizzato*