

## Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení rizika pádu

### Nástroj pro zjištění rizika pádu pacienta

Během příjmového vyhodnocení vyhodnoťte pacienta podle následujících kritérií. Jestliže je skóre vyšší než 3, řiďte se protokolem. Přehodnoťte stav pacienta podle potřeby.

Aktivita		Skóre
<b>Pohyb</b>	Neomezený	0
	Používání pomůcek	1
	Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
<b>Vyprazdňování</b>	Nevyžaduje pomoc	0
	Historie nokturie/inkontinence	1
	Vyžaduje pomoc	1
<b>Medikace</b>	Neužívá rizikové léky	0
	Užívá léky ze skupiny: <ul style="list-style-type: none"> <li>- diuretik</li> <li>- antikonvulziv</li> <li>- antiparkinsonik</li> <li>- antihypertenziv</li> <li>- psychotropní léky nebo benzodiazepiny</li> </ul>	1
<b>Smyslové poruchy</b>	Žádné	0
	Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1
<b>Mentální stav</b>	Orientován	0
	Občasná/noční dezorientace	1
	Historie dezorientace/demence	1
<b>Věk</b>	18-75	0
	75 a výše	1
<b>Celkové skóre:</b>		

### PROTOKOL:

1. Umístěte nad lůžko výstražné oznámení „vysoké riziko pádu“
2. Snižte lůžko, zajistěte lůžkové brzdy, zvedněte postranice
3. Umístěte pacienta blízko sesterny a toalety
4. Umístěte signalizační panel tak, aby jej měl pacient po ruce, a vysvětlete jeho funkci
5. Zajistěte vhodnou obuv
6. Zajistěte WC režim 3x/24 hodin nebo podle potřeby a před spánkem
7. Odstraňte překážky v okolí pacienta
8. Zajistěte vhodné noční osvětlení
9. Zajistěte polohu nočního stolku a potřeb pacienta tak, aby byly v dosahu