

Checklista för fallpreventivt hembesök – Fallcheck(t)

Patient

Namn _____ Personnummer _____

Anledning till Fallcheck(t): fall fallrisk första ordination av duschpall och/eller rollator.
Inaktivitet ökar risken för fall. Läkemedel ökar risken för fall. Otillräcklig nutrition ökar risken för fall.

Typ av olycksfall

Har du fallit under det senaste året? ja nej

Om ja, är du rädd för att falla igen? ja nej

Vad tror du är orsaken till att du fallit? _____

Upplever du att du har dålig balans? ja nej

Besväras du av yrsel? ja nej

Har du brutit något när du har fallit de senaste åren? ja nej

Kan du ta dig upp från golvet själv? ja nej

Fysisk aktivitet och hälsa

Hur ofta rör du på dig, utomhus sammanlagt minst 30 min/dag? _____

Vad? _____

Hur ofta rör du på dig, inomhus sammanlagt minst 30 min/dag? _____

Vad? _____

Har du någon av följande sjukdomar:

stroke

depression

demens

osteoporos

diabetes

annan sjukdom som du upplever påverkar din balans.

Ser du bra? ja nej

Om inte, använder du något synhjälpmedel? ja nej

Hör du bra? ja nej

Om inte, använder du något hörselhjälpmedel? ja nej

Har du känselbortfall? ja nej

Vilka läkemedel använder du? _____

Totalt antal läkemedel: 0 1–5 6+

Nutrition

Äter du frukost, lunch och middag? ja nej

Äter du mellanmål? Till exempel fika, frukt. ja nej

Har du ofrivilligt gått ner i vikt de senaste 3 månaderna? ja nej

Hur mycket vätska dricker du per dygn? >500 ml 500–700 ml 700–1000 ml <1000 ml.

Har du nattfasta över 11 timmar? ja nej

Sömn

Sover du gott på natten? ja nej

Toalettbesök på natten? ja nej

Om ja, tänder du en lampa då? ja nej

Miljö och förflyttning

Utgör möbleringen en fallrisk? Till exempel möbler i vägen, lösa sladdar, fast telefon. ja nej

Är mattorna lösa eller har vikta hörn? ja nej

Använder du stabila skor med hälkappa eller strumpor med halkskydd? ja nej

Finns halkskydd i dusch/badkar? ja nej

Känner du dig osäker när du duschar/badar? ja nej

Står/sitter du när du duschar/badar? står sitter

Har du svårt för att resa dig upp från sittande? ja nej

Övrigt

Är det något annat som du tycker är viktigt att jag känner till? _____

Planering

Vilka åtgärder planeras? _____
