



## هل أنتم معرضون لخطر السقوط

حوالي ثلث الكبار في السن يقعون كل عام ونصف هؤلاء الأشخاص سيقعون بشكل متكرر. إن ٨٠٪ من أولئك الذين يقعون ويذهبون إلى المستشفى يكونون مصابين بكسر (كسر الورك في أكثر الأحيان). وحوالي ٣٠٪ من بين الناس الذين كانوا يعيشون ضمن المجتمع قبل وقوعهم، سيحتاج للعيش في دار للتمريض أو دار لرعاية المسنين، نظراً لانخفاض قدرتهم على المشي و/أو تدبير أنفسهم.

لمعرفة إذا كنتم معرضين لخطر الوقوع أم لا، يرجى تمضية بضعة دقائق في تكملة قائمة التحقق التالية. وإذا كنتم معرضين لخطر الوقوع، يرجى متابعة العبارات الموجودة في الجهة الأخرى من هذه الصفحة.

لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل وقعتم أو كنتم على وشك الوقوع، خلال السنة الماضية؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل قلتم من الخروج من منزلكم لأنكم تخشون الوقوع؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل تتناولون أدوية للأعصاب، أو الضغط، أو لمشاكل النوم أو الاكتئاب؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل تتناولون أكثر من ثلاثة أدوية؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل تشعرون بالدوار والدوخة؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل تعانيون من مشكلة صحية تؤثر على قدرتك على المشي، أو حفظ التوازن أو الذاكرة؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل تضطرون في الغالب للاستعجال من أجل الوصول إلى الحمام؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل تشعرون بعدم الثبات على أقدامكم؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل تواجهون صعوبة في الدوران؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل تواجهون صعوبة في الادرار (السلام)؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل تستعينون بإطار أو عصا للمشي؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل تتمكنون بأثاث المنزل للمحافظة على توازنكم؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل تمشون أو تمارسون الرياضة أقل من ثلاث مرات لمدة ٢٠ دقيقة في الأسبوع؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل تواجهون صعوبة في النهوض من الكرسي؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل مضى أكثر من سنة على فحص بصركم؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل تواجهون صعوبة أحياناً في رؤية طريقكم والمكان الذي تمشون فيه؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل تضعون مشاية/شيشب، أو مشاية بأصبع أو أحذية تنزلق في القدم دون ربطة؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل تعانيون من مشكلة في القدم تؤثر على مشيتكم أو توازنكم؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل تتخلى في الغالب عن وجبات غذائية؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل هناك أي شيء في حديقته أو منزلكم يجعلكم تنزلقون أو تتعثرون؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل تواجهون صعوبة في المشي خارجاً أو في الأماكن العامة؟

North Central Metro Primary Care Partnership  
Foothold on Safety Project

إذا أجبت بـ"نعم" على معظم الأسئلة في لائحة التحقق، قد تكونون عرضة لخطر الوقوع.

فإذا كان الأمر كذلك، يمكنكم:

■ أظهروا لائحة التحقق هذه إلى طبييكم، وهو يستطيع تقديم النصائح إليكم وإحالتكم إلى اختصاصيين آخرين

■ تحدثوا إلى اختصاصية علاج فيزيائي أو اختصاصية علاج مهني عملي.

لمزيد من المعلومات اتصلوا بـ: