



## ΔΙΑΤΡΕΧΕΤΕ ΚΙΝΔΥΝΟ ΝΑ ΠΕΣΕΤΕ;

Περίπου ένα τρίτο των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας πέφτουν κάθε χρόνο και μισά από αυτά τα άτομα θα πέφτουν επανειλημμένα. Από τα άτομα που πέφτουν και πηγαίνουν σε νοσοκομείο, 80% θα υποστούν κάταγμα (κάταγμα γοφού τις περισσότερες φορές). Από τα άτομα εκείνα που ζούσαν μέσα στην κοινότητα πριν τη πτώση, περίπου 30% θα χρειαστούν να ζήσουν σε γηροκομείο ή γηριατρείο, λόγω εξασθένησης του βαδίσματος ή/και της ικανότητας να φροντίζουν τον εαυτό τους.

Για να μάθετε κατά πόσον ή όχι διατρέχετε κίνδυνο να πέσετε, παρακαλείστε ν' αφιερώσετε μερικά λεπτά για να συμπληρώσετε τον ακόλουθο κατάλογο ελέγχου. Αν διατρέχετε κίνδυνο να πέσετε, παρακαλείστε ν' ακολουθήσετε τις προτροπές στην άλλη μεριά της σελίδας.

Πέσατε, ή σχεδόν πέσατε, μέσα στους τελευταίους 12 μήνες;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
Βγαίνετε έξω από το σπίτι λιγότερο συχνά επειδή φοβάστε μήπως πέσετε;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
Παίρνετε φάρμακα για νεύρα, υψηλή πίεση αίματος, προβλήματα ύπνου ή κατάθλιψη;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
Παίρνετε περισσότερα από 3 φάρμακα;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
Έχετε ζαλάδες;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
Έχετε ιατρική πάθηση που επηρεάζει το βάδισμα, την ισορροπία ή τη μνήμη σας;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
Χρειάζεται συχνά να πηγαίνετε βιαστικά στην τουαλέτα για να προλαβαίνετε;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
Είστε ασταθής στα πόδια σας;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
Δυσκολεύεστε να κάνετε στροφή;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
Δυσκολεύεστε με σκαλοπάτια ή σκάλες;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
Χρησιμοποιείτε περιπατητήρα (walking frame) ή μπαστούνι;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
Κρατιέστε από έπιπλα για να διατηρείτε την ισορροπία σας;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
Περπατάτε ή ασκείστε λιγότερες από 3 φορές για 20 λεπτά την εβδομάδα;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
Δυσκολεύεστε να σηκωθείτε από καρέκλα;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
Έχουν περάσει περισσότεροι από 12 μήνες από την τελευταία εξέταση των ματιών σας;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
Δυσκολεύεστε μερικές φορές να βλέπετε πού περπατάτε;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
Φοράτε ποτέ παντόφλες, σαγιονάρες ή παπούτσια παντοφλέ;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
Έχετε πάθηση ποδιών που επηρεάζει το βάδισμα ή την ισορροπία σας;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
Παραλείπετε συχνά γεύματα;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
Υπάρχει τίποτα στον κήπο ή το σπίτι σας που μπορεί να σας κάνει να γλιστρήσετε ή να σκοντάψετε;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
Δυσκολεύεστε να βαδίζετε σε εξωτερικούς ή δημόσιους χώρους;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι

**Αν απαντήσατε 'ναι' στις περισσότερες από τις ερωτήσεις στον κατάλογο ελέγχου, μπορεί να διατρέχετε κίνδυνο να πέσετε.**

Αν ισχύει αυτό, μπορείτε:

- Να δείξετε αυτό τον κατάλογο ελέγχου στο Γιατρό σας - ο Γιατρός σας μπορεί να κάνει εισηγήσεις και μπορεί να σας παραπέμψει σε άλλους ειδικούς γιατρούς
- Να μιλήσετε σε Φυσιοθεραπευτή ή σε Εργοθεραπευτή (Occupational Therapist).

Για περισσότερες πληροφορίες, επικοινωνήστε με: