



ДАЛИ СТЕ ИЗЛОЖЕНИ НА РИЗИК ОД ПАЃАЊЕ?

Околу една третина од постарите луѓе паѓаат секоја година, а половина од нив ќе паѓаат често. Од тие што паѓаат и доаѓаат во болница, 80% имаат скршени коски (најчесто скршен колк). Од тие што живееле во заедницата пред паѓањето, околу 30% ќе треба да живеат во старски дом поради влошена способност да одат и/или да се грижат за себе.

За да дознаете дали сте изложени на ризик од паѓање, ве молиме одвоете неколку минути за да го пополните овој прашалник. Ако сте изложени на ризик од паѓање, ве молиме следете ги советите наведени на другата страница од овој лист.

Дали во последните 12 месеци сте паднале или за малку ќе сте паднале?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Дали поретко излегувате од дома од страв да не паднете?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Дали земате лекови за нерви, висок крвен притисок, проблеми со спиењето или депресија? Дали земате повеќе од 3 лека?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Дали добивате вртоглавица? Дали имате некоја медицинска состојба која влијае врз вашето одење, рамнотежа или памтење? Дали често треба да побрзате во нужник?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Дали не сте сигурни на нозе? Дали имате тешкотии да се свртите? Дали имате тешкотии при качување и слегување по скали? Дали користите рамка за одење или бастум? Дали се придржувате за мебелот за да одржите рамнотежа?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Дали пешачите или вежбате помалку од 3 пати неделно по 20 минути? Дали имате тешкотии да станете од стол?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Дали од вашиот последен преглед на очите поминале повеќе од 12 месеци? Дали понекогаш ви е тешко да видите каде одите?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Дали некогаш врз чевлите носите папучи, апостолки или влечки? Дали имате некоја состојба на стапалата што влијае врз вашето одење или рамнотежа?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Дали често ги пропуштате оброците?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Дали во вашиот дом или градина има нешто на што може да се лизнете или сопнете?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Дали имате тешкотии при одењето надвор или на јавни места?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не

Ако одговоривте „да“ на повеќето прашања, вие може да сте изложени на ризик од паѓање.

Во тој случај вие може:

- Овој прашалник да го покажете на вашиот доктор – вашиот доктор може да ви даде совети или да ве прати на други специјалисти
- Да разговарате со физиотерапевт или Occupational Therapist.

За повеќе информации јавете се на: