



QUÝ VỊ CÓ DỄ BỊ TẾ NGÃ KHÔNG?

Hàng năm, khoảng một phần ba người cao niên bị té ngã và trong số này phân nửa bị té ngã nhiều lần. Trong số người bị té ngã và phải đi bệnh viện, 80% sẽ bị gãy xương (thông thường nhất là gãy xương hông). Trong số những người đang sống trong cộng đồng trước khi quý vị té ngã, khoảng 30% sẽ phải vào viện dưỡng lão hay nhà tập thể vì khả năng đi đứng và/hay tự chăm sóc ngày càng sa sút.

Muốn biết mình có dễ bị té ngã hay không, xin quý vị dành một vài phút trả lời bản kiểm tra sau đây. Nếu thuộc diện dễ bị té ngã, xin quý vị làm theo những gợi ý ở mặt kia.

Quý vị có bị té ngã, hay xem bị té ngã trong 12 tháng qua hay không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Quý vị có ít khi đi ra khỏi nhà hơn bởi vì sợ bị té ngã hay không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Quý vị có uống thuốc trị về thần kinh, huyết áp cao, mất ngủ hay trầm cảm hay không? Quý vị có uống nhiều hơn 3 loại thuốc hay không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Quý vị có bị chóng mặt không? Quý vị có bị bệnh nào ảnh hưởng đến việc đi đứng, giữ thăng bằng hay trí nhớ hay không? Quý vị có thường phải chạy gấp vào phòng vệ sinh hay không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Quý vị đi đứng không vững phải không? Quý vị có bị trở ngại xoay người hay không? Quý vị có bị trở ngại lên xuống bậc thềm hay cầu thang hay không? Quý vị có chống gậy hay dùng khung để đi lại không? Quý vị có cần vịn tay vào bàn/ghế để giữ thăng bằng không?	<input type="checkbox"/> Phải <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Quý vị có đi bộ hay tập thể dục dưới 3 lần mỗi lần 20 phút mỗi tuần hay không? Quý vị có thấy khó đứng dậy từ tư thế ngồi trên ghế hay không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Có phải từ lần quý vị đi khám mắt chót đến nay đã được trên 12 tháng rồi không? Đôi khi, quý vị nhìn không rõ lối đi phải không?	<input type="checkbox"/> Phải <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Phải <input type="checkbox"/> Không
Quý vị có bao giờ mang dép xỏ chân (slippers), dép Nhật hay giày loại xỏ chân hay không? Bàn chân quý vị có bị bệnh gì ảnh hưởng đến khả năng đi lại hay giữ thăng bằng hay không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Quý vị có thường bỏ bữa cơm hay không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Trong vườn hay trong nhà quý vị có bất cứ vật gì có thể làm cho quý vị bị trượt chân hay vấp ngã không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Quý vị có bị trở ngại đi lại ở bên ngoài hay ở nơi công cộng hay không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Nếu trả lời ‘Có/Phải’ với đa số các câu hỏi trong bản kiểm tra này, quý vị có thể dễ bị té ngã.

Nếu vậy, quý vị có thể:

- Đưa cho bác sĩ xem bản kiểm tra này – Bác sĩ quý vị có thể đề nghị một số điều và có thể gửi quý vị đi gặp bác sĩ chuyên khoa
- Hãy tiếp xúc với Chuyên viên Vật lý Trị liệu hay Chuyên viên Chức năng Trị liệu (Occupational Therapist).

Muốn biết thêm chi tiết, xin liên lạc với: