 **Checklista för fallpreventivt hembesök**

Namn\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Personnummer\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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

[ ]  osteoporos

[ ]  diabetes

[ ]  yrsel/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? [ ]  >500ml [ ]  500-1000 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? Tex. Möbler i vägen, lösa sladdar, fast telefon [ ]  ja [ ]  nej

Finns det lösa mattor utan halkskydd? [ ]  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

Har du bra belysning i alla rum? [ ]  ja [ ]  nej

Har du trösklar som utgör hinder? [ ]  ja [ ]  nej

Får du hjälp med att byta glödlampor, gardiner, batteri i brandvarnare [ ]  ja [ ]  nej