En bild som visar fågel, illustration

Automatiskt genererad beskrivning **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