

Imię i nazwisko pacjenta:

Data:



Wyższe ryzyko urazu w razie upadku

**Ryzyko upadku**

(proszę zaznaczyć wszystkie pasujące opcje)



Historia upadków



Skutki uboczne leków



Pomoc do chodzenia



Stojak do kroplówek lub inny sprzęt



Niestabilny chód



Może zapomnieć lub nie chce wezwać pomocy

**Interwencje związane z upadkiem**

(należy zakreślić wybraną opcję na podstawie koloru)

Informacja o niedawnym upadku i/lub ryzyku urazu



Pomoce do chodzenia



Kule



Laska



Chodzik

Pomoc dotycząca kroplówek podczas przemieszczenia się



Harmonogram korzystania z toalety: Co \_\_\_\_\_ godzin



Basen



Pomoc w dotarciu do krzesła toaletowego



Pomoc w dotarciu do łazienki

Alarm przyłóżkowy włączony



Pomoc po wstaniu z łóżka



Leżenie w łóżku



1 osoba



2 osoby