

# ARE YOU AT RISK OF FALLING?



MACEDONIAN	Да	Не	Не сум сигурен
<b>Сум имал бар еден пад за последниве 12 месеци</b>			
Сум имал бар еден пад за последниве 12 месеци	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>За мојте лекови</b>			
Јас редовно земам таблети за спиење или за смирување или антидепресанти	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Јас земам 5 или повеќе лекови	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>За моето ниво на вежбање</b>			
Јас имам помалку од 30 минути физичка активност на ден (како што е одење, работа дома, во градината или куглање) во повеќето денови од неделата	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>За мојата здравствена состојба</b>			
Имам или претходно сум го имал следното:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Проблеми со срцето, крвниот притисок или циркулацијата	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Мозочен удар	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Шеќерна болест	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Паркинсонова болест	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вртоглавица или чудни вртења	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Потреба да се брза во тоалет или инконтиненција	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Неодамнешна важна промена на моето здравје	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>За мојата рамнотежа и одење</b>			
Имам проблем со станување од столица	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Јас имам лоша рамнотежа кога одам	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Стопалата ме болат кога одам и/или ми отекуваат и/или се деформираат	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>За мојот вид</b>			
Имам лош вид	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Има повеќе од 12 месеци откако сум го проверил видот	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ако одговорите Да или бевте Несигурни на повеќе од едно од горниве прашања, може би постои ризик од паѓање.

За да добиете повеќе информации, разговорајте за овој прашалник кога ќе имате закажано кај:

- > Доктор
  - > Доктор за медицина на трудот
  - > Физиотерапеут
- > Апотекар
  - > Специелист за стопала
  - > Медицинска сестра

Име: \_\_\_\_\_

This brochure has been prepared for education and information purposes only and does not constitute medical advice. The SA Department for Health and Wellbeing assumes no responsibility for the information contained in this brochure and disclaims all liability in respect of such information. Readers should not act upon such information without seeking personal professional medical advice. This questionnaire is modified from the questionnaire produced by Public Health Division, Department of Health, Western Australia.





## ARE YOU AT RISK OF FALLING?

If you answered **YES** for more than one of the questions, please discuss this questionnaire during your next appointment with your Health Professional.

	YES	NO	UNSURE
<b>My history of falling:</b>			
I have had two or more falls in the 12 months	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>About my medications:</b>			
I regularly take sleeping tablets or sedatives or antidepressants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I have four or more different types of medications each day	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>About my levels of exercise:</b>			
I do less than 30 minutes of physical activity in a day on most days of the week (such as housework, gardening or bowls)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>About my health conditions:</b>			
I have, or previously had the following:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problems with my heart, blood pressure or circulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parkinson's disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dizziness or funny turns	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A need to rush to the toilet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A recent major change in my health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>About my balance and walking:</b>			
I have difficulty getting up from a chair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I feel unsteady when walking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My foot/feet are painful, or swollen or mis-shapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>About my eyesight:</b>			
I have poor eyesight	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
It has been more than two years since my eyes were tested	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>