

ARE YOU AT RISK OF FALLING?



POLISH	TAK	NIE	NIE JESTEM PEWNY/A
Częstotliwość upadków			
Miałem/am co najmniej jeden upadek w ciągu ostatnich 6 miesięcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przyjmowane leki			
Regularnie biorę tabletki nasenne, uspokajające, lub przeciwko depresji.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przyjmuję co najmniej 4 leki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poziom aktywności fizycznej			
Przez większość dni tygodnia uprawiam mniej niż 30 minut aktywności fizycznej (takiej jak chodzenie, prace domowe lub ogrodnicze, gra w kule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stan zdrowia			
Mam lub miałem/am następujące:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemy z sercem, ciśnieniem krwi i krążeniem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wylew krwi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cukrzycę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chorobę Parkinsona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zawroty głowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pośpiech aby zdążyć do ubikacji, lub nieutrzymanie moczu czy stolca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedawne duże zmiany w stanie zdrowia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Równowaga i chodzenie			
Mam trudności z wstawaniem z krzesła	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mam trudności z utrzymaniem równowagi podczas chodzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mam bóle stóp podczas chodzenia i/lub puchnięcie i/lub zniekształcenia stóp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wzrok			
Mam zły wzrok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minęło już ponad 12 miesięcy odkąd miałem badanie oczu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Osoby, które odpowiedziały **Tak**, lub **Nie jestem pewny/a** na więcej niż dwa pytania, mogą być w zwiększonym stopniu narażone na upadki.

Aby otrzymać dalsze informacje proszę omówić ten kwestionariusz w czasie następnej wizyty u:

- > Lekarza
- > Aptekarza
- > Terapeuty zajęciowego
- > Podiatry
- > Fizykoterapeuty
- > Pielęgniarki

Nazwisko: _____

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
My history of falling:			
I have had two or more falls in the 12 months	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
About my medications:			
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"/>
About my levels of exercise:			
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"/>
About my health conditions:			
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"/>
About my balance and walking:			
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"/>
About my eyesight:			
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"/>