

ARE YOU AT RISK OF FALLING?



GREEK	Ναι	Όχι	Δεν είμαι σίγουρος/η
Η Ιστορία μου στο πέσιμο			
Έχω πέσει τουλάχιστον μία φορά τους τελευταίους 6 μήνες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σχετικά με τα φάρμακά μου			
Παίρνω κανονικά υπνωτικά ή ηρεμιστικά ή χάπια για κατάθλιψη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Παίρνω τέσσερα ή περισσότερα φάρμακα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σχετικά με το επίπεδο άσκησής μου			
Κάνω λιγότερο από 30 λεπτά φυσική δραστηριότητα μέσα σ' όλη τη μέρα (όπως είναι το περπάτημα, το νοικοκυριό, η κηπουρική, ή το σκύψιμο) τις περισσότερες μέρες της βδομάδας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σχετικά με την κατάσταση της υγείας μου			
Έχω ή είχα παλιότερα τα παρακάτω:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Προβλήματα με την καρδιά μου, την πίεση ή το κυκλοφορικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Εγκεφαλικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Διαβήτη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πάρκινσον	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ζαλάδες ή Αστάθεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πρέπει να τρέξω για να πάω στην τουαλέτα ή έχω ακράτεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τελευταία έχω μεγάλη αλλαγή στην υγεία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σχετικά με την ισορροπία και το περπάτημά μου			
Δυσκολεύομαι να σηκωθώ από την καρέκλα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δεν έχω καλή ισορροπία όταν περπατάω	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Όταν περπατάω τα πόδια μου είτε με πονούν, είτε/και πρήζονται είτε/ και παραμορφώνονται	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σχετικά με την όρασή μου			
Δεν βλέπω καλά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πέρασαν πάνω από 12 μήνες που δεν έχω ελέγξει τα μάτια μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Αν έχετε απαντήσει Ναι ή δεν είσασταν Σίγουρος/η για περισσότερες από μία από τις παραπάνω ερωτήσεις, μπορεί να κινδυνεύετε να πέσετε.

Όνοματεπώνυμο: _____

Για να βρείτε περισσότερες πληροφορίες παρακαλούμε να συζητήσετε αυτό το ερωτημα-τολόγιο κατά την επόμενη επίσκεψή σας με τον

- > Γιατρό σας
- > Τον Φαρμακοποιό σας
- > Τον Εργασιοθεραπευτή σας
- > Τον Ποδίατρό σας
- > Τον Φυσιοθεραπευτή σας
- > Τη νοσοκόμα σας

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"/>