

Tên Bệnh Nhân: _____

Ngày _____

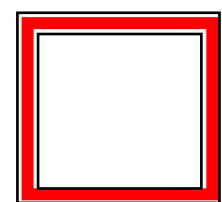


Có nhiều nguy cơ
Nếu bạn té ngã

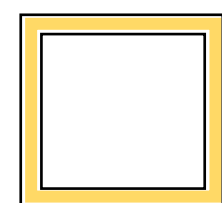
Rủi ro té ngã (Chọn hết nếu phù hợp)



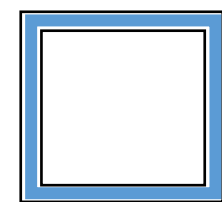
Tiền sử của
những lần té ngã



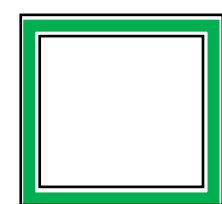
Tác dụng phụ của thuốc



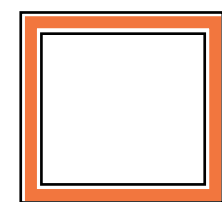
Dụng cụ hỗ trợ
việc đi lại



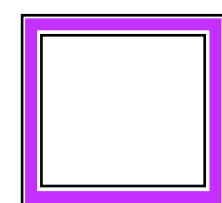
Thiết bị hoặc cây để
treo IV



Đi bộ không vững



Có thể quên hoặc
chọn không gọi



Ngăn ngừa việc té ngã (Khoanh tròn lựa chọn theo màu)

Nói về những lần té
ngã gần đây và/hoặc
rủi ro tổn hại



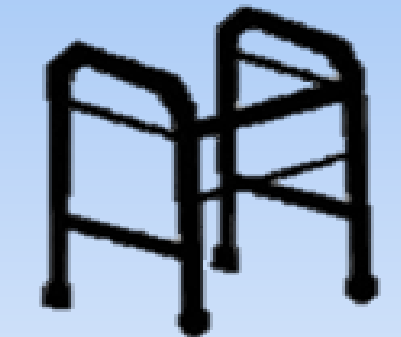
Dụng cụ hỗ trợ việc đi lại



Nạng



Gậy



Khung đi bộ

Hỗ trợ IV
Khi đi lại



Lịch biểu tiểu tiện: Cứ mỗi _____



Bồn để trên
giường

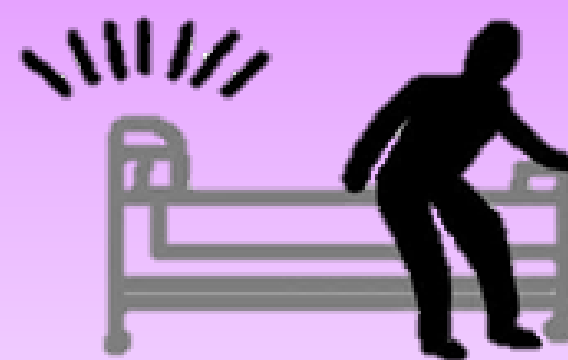


Ghế có lỗ để
tiện đi



Giúp đỡ vào
Nhà cầu

Chuông báo
động ở giường



Giúp đỡ xuống giường



Nghỉ tại giường

①



1 người

①

②



2 người