

إسم المريض:

التاريخ:

تدخلات السقوط (ضع دائرة حول الاختيار على أساس اللون)

وسائل المساعدة على المشي



مشاية



عصا



عكازات

أخبر عن آخر سقوط  
و/أو خطر الضرر



جدول المرحاض: كل \_\_\_\_\_ ساعات



مساعدة لاستخدام  
المرحاض

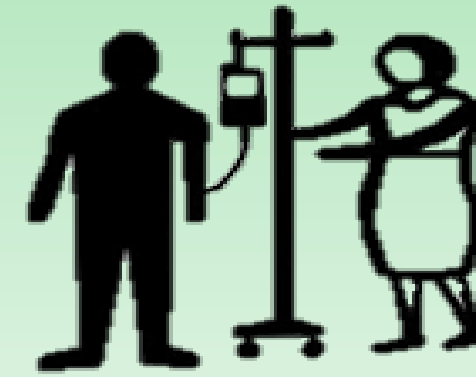


مساعدة لاستخدام  
وعاء جمع البول



نونية التبول في  
الفرش

مساعدة الحقن  
الوريدي عند  
المشي



مساعدة للنهوض من السرير



شخصين

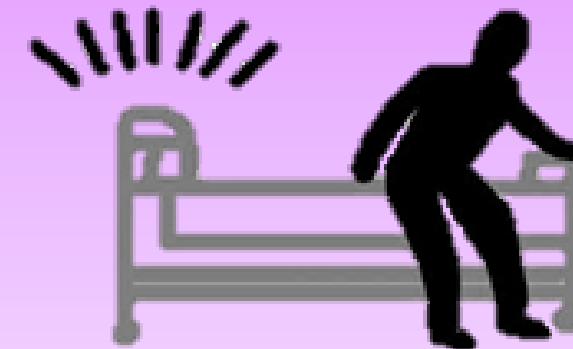


شخص واحد

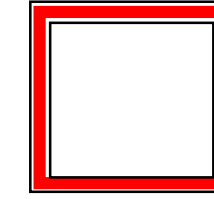


الراحة في الفراش

منبه السرير شغال



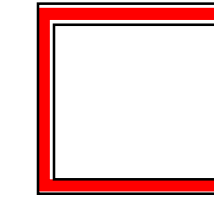
زيادة خطر  
الضرر في حال سقطت



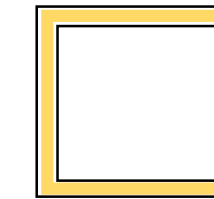
مخاطر السقوط (حدد كل ما ينطبق)



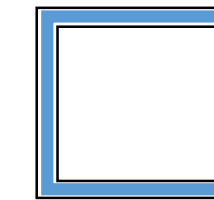
تاريخ السقطات



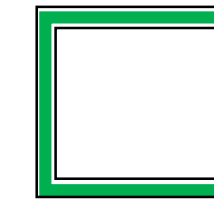
الآثار الجانبية للأدوية



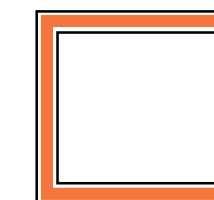
وسيلة المساعدة على المشي



عمود أو معدات الحقن الوريدي



المشي غير الثابت



قد تنسى أو تختار عدم الاتصال

