

إسم المريض:

التاريخ:

تدخلات السقوط (ضع دائرة حول الاختيار على أساس اللون)

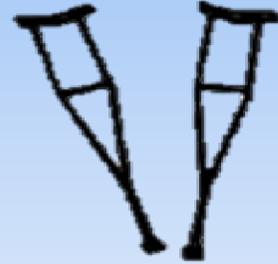
وسائل المساعدة على المشي



مشاية



عصا



عكازات

أخبر عن آخر سقوط
و/أو خطر الضرر



جدول المرحاض: كل _____ ساعات



مساعدة لاستخدام
المرحاض

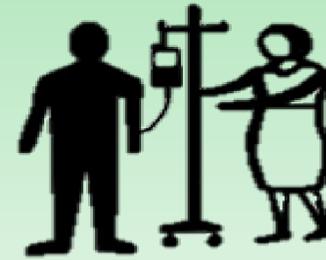


مساعدة لاستخدام
وعاء جمع البول



نونية التبول في
الفرش

مساعدة الحقن
الوريدي عند
المشي



مساعدة للنهوض من السرير



شخصين



شخص واحد

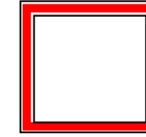


الراحة في الفراش

منبه السرير شغال



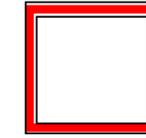
زيادة خطر
الضرر في حال سقطت



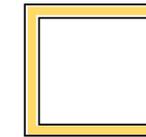
مخاطر السقوط (حدد كل ما ينطبق)



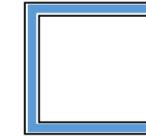
تاريخ السقطات



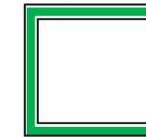
الآثار الجانبية للأدوية



وسيلة المساعدة على المشي



عمود أو معدات الحقن الوريدي



المشي غير الثابت



قد تنسى أو تختار عدم الاتصال

