

Имя и фамилия пациента:

Дата:



Повышенный риск получения травм в результате падения

Факторы риска падения (Отметить все подходящие варианты)



Падал/-а ранее



Побочные эффекты лекарств



Средства опоры



Капельница или другие приспособления



Нетвердая походка



Могу забыть или не пожелать позвонить

Предотвращение падений (Обвести нужное, обращая внимание на цвет)

Сообщать о недавних падениях и /или риске упасть



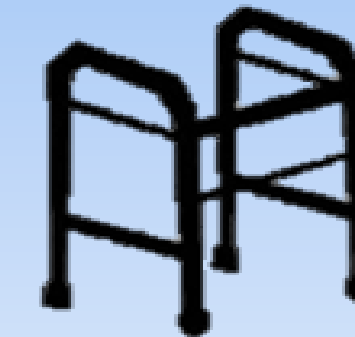
Средства опоры



Костыли



Трость



Ходунок

Помощь при ходьбе с капельницей



Расписание пользования туалетом: Каждые часа



Подкладное судно

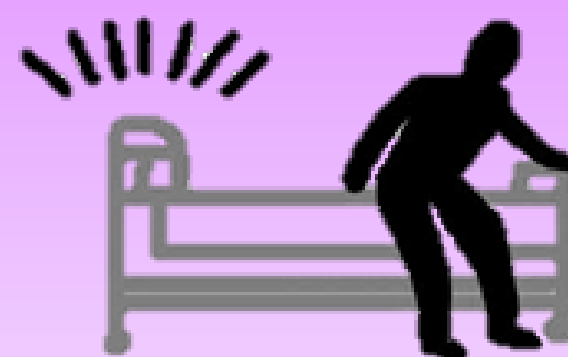


Стул с судном



Унитаз

Включена кроватьная кнопка вызова



Помощь в передвижении



Постельный режим

①



1 чел.

① ②



2 чел.