

Tên Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_

Ngày \_\_\_\_\_

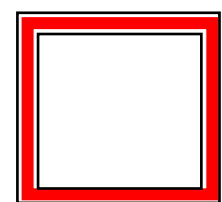


Có nhiều nguy cơ  
Nếu bạn té ngã

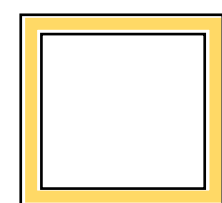
**Rủi ro té ngã** (Chọn hết nếu phù hợp)



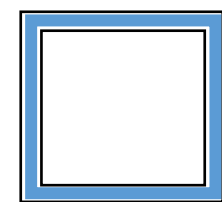
Tiền sử của  
những lần té ngã



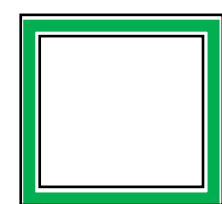
Tác dụng phụ của thuốc



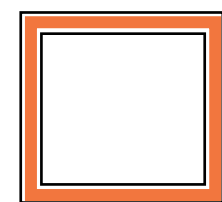
Dụng cụ hỗ trợ  
việc đi lại



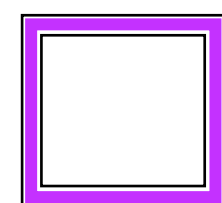
Thiết bị hoặc cây để  
treo IV



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



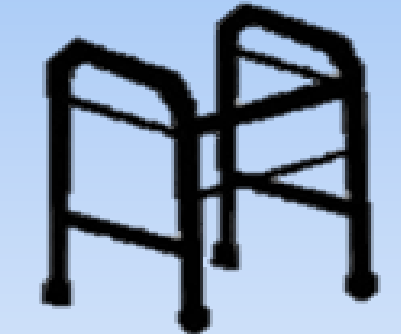
Dụng cụ hỗ trợ việc đi lại



Nạng



Gậy



Khung đi bộ

Hỗ trợ IV  
Khi đi lại



Lịch biểu tiểu tiện: Cứ mỗi \_\_\_\_\_



Bồn để trên  
giường

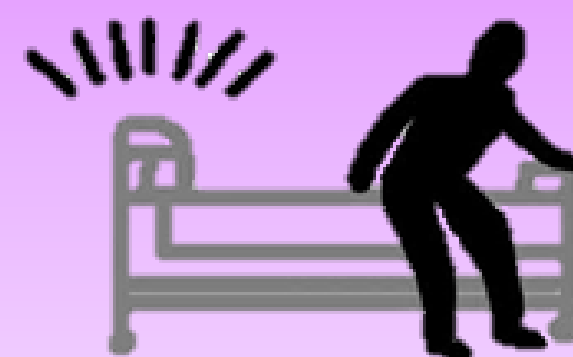


Ghế có lỗ để  
tiện đi



Giúp đỡ vào  
Nhà cầu

Chuông báo  
động ở giường

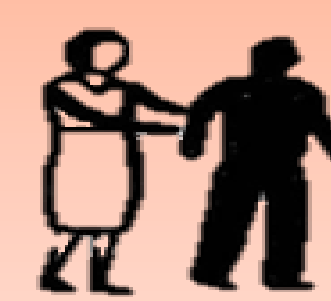


Giúp đỡ xuống giường



Nghỉ tại giường

①



1 người

①

②



2 người