

ARE YOU AT RISK OF FALLING?



SERBIAN	Да	Не	Не знам тачно
Историја мојих падова			
Имао/ла сам најмање један пад у последњих 12 месеци	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
О лековима које узимам			
Редовно узимам таблете за спавање, за смирење или против депресије	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Узимам 4 или више врста лекова	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
О мојој физичкој активности			
Имао мање од 30 минута физичке активности дневно (као што је шетња, рад у кући, рад у башти или куглање) већину дана у седмици	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
О мом здравственом стању			
Имам, или сам имао/ла следеће проблеме:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Проблеме са срцем, крвним притиском или циркулацијом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Мождани удар	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Дијабетес	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Паркинсонову болест	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вртоглавицу или несвестицу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Немогућност задржавања мокраће, хитну потребу за тоалетом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Однедвну велику промену у мом здравственом стању	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
О мојој равнотежи и ходању			
Имам потешкоћа да устанем са столице	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Имам слабу равнотежу кад ходам	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Имам бол у стопалима кад ходам, и/или отечена стопала, и/или деформисана стопала	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
О мом виду			
Слабо видим	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Прошло је више од 12 месеци од кад сам имао/ла преглед очију	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ако сте одговорили **Да** или **Нисте тачно знали** одговор на више од једног горе наведених питања, може вам се десити да паднете.

Име: _____

Да бисте сазнали више, молимо да опширније разговарате о овом упитнику кад следећи пут посетите вашег:

- > Доктора
- > стручњака за радну медицину
- > Физио терапеута
- > апотекара
- > ортопеда
- > медицинску сестру

This brochure has been prepared for education and information purposes only and does not constitute medical advice. The SA Department for Health and Wellbeing assumes no responsibility for the information contained in this brochure and disclaims all liability in respect of such information. Readers should not act upon such information without seeking personal professional medical advice. This questionnaire is modified from the questionnaire produced by Public Health Division, Department of Health, Western Australia.





ARE YOU AT RISK OF FALLING?

If you answered **YES** for more than one of the questions, please discuss this questionnaire during your next appointment with your Health Professional.

	YES	NO	UNSURE
My history of falling:			
I have had two or more falls in the 12 months	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
About my medications:			
I regularly take sleeping tablets or sedatives or antidepressants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I have four or more different types of medications each day	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
About my levels of exercise:			
I do less than 30 minutes of physical activity in a day on most days of the week (such as housework, gardening or bowls)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
About my health conditions:			
I have, or previously had the following:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problems with my heart, blood pressure or circulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parkinson's disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dizziness or funny turns	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A need to rush to the toilet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A recent major change in my health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
About my balance and walking:			
I have difficulty getting up from a chair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I feel unsteady when walking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My foot/feet are painful, or swollen or mis-shapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
About my eyesight:			
I have poor eyesight	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
It has been more than two years since my eyes were tested	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>