

ARE YOU AT RISK OF FALLING?



TURKISH	EVET	HAYIR	EMİN DEĞİLİM
Düşmem hakkında bilgi			
Geçmiş 12 ayın içinde en az bir defa düştüm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İlaçlarım hakkında			
Devamlı olarak uyku haptı veya sakinleştirici veya antidepresan alıyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 veya daha fazla ilaç/hap alıyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yaptığım egzersiz hakkında			
Haftanın birçok günlerinde, günde 30 dakikadan az fiziki hareket yapıyorum (örneğin: yürüyüş, ev işi, bahçe veya bahçe oyunları)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sağlık durumum hakkında			
Aşağıdakiler şimdi var veya daha önce var idi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalbimle, tansiyonumla veya kan dolaşımı ile problemler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Felç	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Şeker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parkinson hastalığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baş dönmesi veya tarsaklama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acil tuvalete gitme veya idrarımı tutamama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Son zamanlarda sağlığımda olan büyük değişiklikler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dengem ve yürümem hakkında			
Sandalyeden kalkmakta güçlük çekiyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yürürken dengem çok zayıf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yürürken ya ayak ağrısı ve/veya şişkinlik ve/veya şekil bozukluğu vardır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Görmem hakkında			
Görmem çok zayıf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gözlerimi test yaptırıldı 2 aydan fazla oldu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eğer yukarıdaki soruların bir tanesinden fazlasına **Evet** veya **Emin değilim** cevabı verdiyseniz, düşme ihtimaliniz fazladır.

Daha fazla bilgi almak için bundan sonraki randevunuzda bu soruları aşağıdaki uzmanlara sorabilirsiniz:

- > Doktor
- > Meslek hastalıkları uzmanı
- > Fizik tedavi uzmanı
- > Eczacı
- > Podiatrist (Ayak bakımı uzmanı)
- > Nörs

Name: _____

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"/>