



Faldregistrering – skema 1

Borger _____

Cpr.nr. _____

Dato for fald _____

Tidspunkt _____

Hvor skete faldet?

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> I stuen | <input type="checkbox"/> I spisestuen | <input type="checkbox"/> I entreen |
| <input type="checkbox"/> På trappen | <input type="checkbox"/> På toilettet | <input type="checkbox"/> I soveværelset |
| <input type="checkbox"/> I køkkenet | <input type="checkbox"/> Udendørs | <input type="checkbox"/> Andet sted |

Hvad var borgeren i færd med?

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gå | <input type="checkbox"/> Gå over dørtrin, måtte el.lign. | <input type="checkbox"/> Var i haven |
| <input type="checkbox"/> Rejse sig fra/sætte sig på toilet | <input type="checkbox"/> Op af/ned i seng | <input type="checkbox"/> I bad |
| <input type="checkbox"/> Rejse sig fra/sætte sig på stol | <input type="checkbox"/> Patient ved det ikke | <input type="checkbox"/> Andet |

Hvilken type fald er der tale om?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fald med bevidsthedstab | <input type="checkbox"/> Snublefald eller andet hændeligt uheld | |
| <input type="checkbox"/> Uforklarligt fald | <input type="checkbox"/> Med svimmelhed | <input type="checkbox"/> Uden svimmelhed |

Hvad skete med borgeren ved faldet?

- | | | |
|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Tilsyneladende intet | <input type="checkbox"/> Blå mærker | <input type="checkbox"/> Hudafskrabning |
| <input type="checkbox"/> Sår | <input type="checkbox"/> Smerter | <input type="checkbox"/> Forstuvning |
| <input type="checkbox"/> Brud | <input type="checkbox"/> Andet | |

Hvad skete med borgeren efter faldet?

- | | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> Lægekontakt | <input type="checkbox"/> Forbinding |
| <input type="checkbox"/> Andet (skriv): | <input type="checkbox"/> Ingenting | |

Kilde: Faldpatienter i den kliniske hverdag. Sundhedsstyrelsen, 2006.

Kontaktperson _____

Telefonnr. _____