

I sikre hænder



Faldudredning – skema 3

Borger _____ Cpr.nr. _____

Dato for fald _____ Tidspunkt _____

Faldudredning	Ja	Nej	Har borgeren givet samtykke til samtale med faldudredning? Hvis ja, uddybning og forslag til videre plan
Sanseindtryk			
Er der synsproblemer/ brilleproblemer, der ikke er håndteret?			
Er der hørenedsættelse, problemer med stillingssans (vestibulær svimmelhed) eller problemer med høreapparat, der ikke er håndteret?			
Er der nedsat følesans/neuropati og da hvorfor?			
Kommunikation			
Er der kognitive problemer med betydning for stå- og gangfunktion?			
Psykosociale forhold			
Er borgeren angst for at falde?			
Lider borgeren af depression?			
Overstiger patientens/borgerens alkoholforbrug Sundhedsstyrelsens anbefalinger?			
Mangler borgeren et godt socialt netværk, eller føler borgeren sig ensom?			
Aktivitet			
Er det daglige aktivitetsniveau blevet lavere den senere tid?			
Får borgeren utilstrækkelig motion?			



Faldudredning	Ja	Nej	Har borgeren givet samtykke til samtale med faldudredning? Hvis ja, uddybning og forslag til videre plan
Bevægeapparat			
Har borgeren gang- eller balanceproblemer? (nedsat muskelstyrke, følesans eller bevægelighed)			
Mangler borgeren relevante og korrekt tilpassede hjælpemidler til gangfunktionen? (gangstøtte, fodtøj)			
Hud og slimhinder			
Har borgeren tegn på dehydrering? (nedsat hudturgor, nedsat væskeindtag pr. døgn)			
Vejrtrækning og kredsløb			
Er blodtrykket afvigende, pulsen uregelmæssig eller er der åndenød?			
Ernæring			
Har borgeren ernæringsmæssige problemer? (tegn på vægttab (BMI), vitaminmangel, nedsat appetit, dårlig tandstatus)			
Udskillelse af affaldsstoffer			
Er borgeren inkontinent? (obs. Urinvejsinfektion, vandladning om natten)			
Smerter			
Har borgeren nytilkomne eller nyligt forværrede smerter, fx rygsmerter?			
Søvn og hvile			
Er borgerens søvnmønster ændret, så det kan give faldrisiko? (fx natlig vandladning, træthed om dagen)			



Faldudredning	Ja	Nej	<i>Har borgeren givet samtykke til samtale med faldudredning? Hvis ja, uddybning og forslag til videre plan</i>
Medicinering			
<p>Får borgeren receptpligtig medicin, der kan medføre øget faldrisiko? (morfika, sovemedicin, beroligende, vanddrivende, blodtryksmedicin, insulin, antidepressive, parkinsonmidler)</p> <p>Polyfarmaci: Får borgeren mere end 5 ordinerede lægemidler?</p>			
Kroniske sygdomme			
<p>Lider borgeren af kronisk sygdom, hvor tilstanden/behandlingen bør revurderes? (demens, parkinson, apopleksi, epilepsi, diabetes, KOL, psykisk sygdom og andre)</p>			
<p>Er evt. diabetes utilfredsstillende reguleret?</p>			
Fysiske rammer, indretning og hjælpemidler			
<p>Er belysningen i boligen utilstrækkelig? (fx i.fm. natligt toiletbesøg, natlys ved seng?)</p>			
<p>Er seng/stol/toilet/bad uhensigtsmæssigt indrettet og indstillet? (fx sengehøjde, sengegærde, toiletforhøjer, aflåsning af hjul, støttehåndtag)</p>			
<p>Er der løse tæpper, dørtrin eller anden risici i boligen?</p>			
<p>Mangler borgeren velfungerende nødkald?</p>			
<p>Mangler og ønsker borgeren hoftebeskyttere?</p>			
Resultat af Stoletest/30 sek. Rejse-Sætte-Sig-Test *			
<p>Antal rejsninger</p>			



Plan(er) for tiltag på baggrund af faldudredningssamtale og funktionstest	Udføres senest (dato)	Udført (dato)
Plan for 1		
Plan for 2		
Plan for 3		

** I funktionsstatus indgår både ADL-vurdering og som udgangspunkt Stoletesten (30 sekunders RSS-test, Rejse-Sætte-Sig-Test). Stoletesten er en måling af, hvor mange gange patienten/borgeren kan rejse sig fra en stol i løbet af 30 sekunder uden brug af armene. Hvis patienten/borgeren ikke kan rejse sig mindst 8 gange er han/hun i risiko for at miste sin funktionelle mobilitet, fx evnen til selvstændigt at gå på toilettet. Se nærmere beskrivelse af 30 sek. Rejse-Sætte-Sig-Test i ref. 3.*

Udfyldt af _____

Dato _____