

ARE YOU AT RISK OF FALLING?



VIETNAMESE	ĐÚNG	SAI	KHÔNG CHẮC
Quá trình của những lần bị té ngã			
Trong 12 tháng vừa qua, quý vị bị té ngã ít nhất một lần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Về thuốc men đang sử dụng			
Quý vị thường xuyên dùng thuốc ngủ hoặc thuốc an thần hoặc thuốc giảm đau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quý vị dùng từ 4 loại thuốc khác nhau trở lên	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Về mức độ tập thể dục			
Hầu như suốt tuần, mỗi ngày quý vị vận động thể chất ít hơn nửa tiếng đồng hồ (như đi bộ, làm việc nhà, làm vườn hay chơi bowl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Về tình trạng sức khỏe của quý vị			
Quý vị đang bị, hoặc trước đây đã từng bị các chứng sau đây:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Các bệnh về tim, huyết áp hay về hệ thống tuần hoàn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tai biến mạch máu não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bệnh tiểu đường	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bệnh Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bị chóng mặt hay xây xẩm mặt mày	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phải chạy gấp rút vào phòng vệ sinh vì không kiểm chế được việc tiêu tiểu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sức khỏe rất nhiều trong thời gian vừa qua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Về việc giữ thăng bằng và đi đứng			
Quý vị bị khó khăn khi đứng dậy từ vị thế ngồi trên ghế	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Khi đi đứng, quý vị dễ dàng bị mất thăng bằng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Khi đi đứng, quý vị hay bị hoặc đau chân và/hoặc phù chân và/hoặc bàn chân bị biến dạng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Về thị lực			
Quý vị có thị lực kém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tính từ lần quý vị được thử mắt vừa rồi tời giờ đã hơn 2 năm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trong các câu hỏi vừa rồi, nếu quý vị trả lời "**Đúng**" hoặc "**Không chắc**" hơn một lần, xác suất quý vị bị té ngã rất cao.

Để biết thêm chi tiết, xin quý vị thảo luận các câu hỏi này trong lần hẹn gần nhất với các người điều trị cho quý vị như sau đây:

- > Bác sĩ
- > Chuyên viên chữa trị bệnh nghề nghiệp
- > Chuyên viên về vật lý trị liệu
- > Dược sĩ
- > Chuyên viên điều trị tật bệnh liên quan bàn chân
- > Y tá

Tên: _____

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"/>