

# ARE YOU AT RISK OF FALLING?



ITALIAN	SÌ	NO	NON SONO SICURO
<b>Quando sono caduto</b>			
Sono caduto almeno una volta negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Che medicine prendo</b>			
Prendo regolarmente delle pastiglie per dormire, tranquillanti o antidepressivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendo 4 medicine o più	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Quanto esercizio faccio</b>			
Faccio meno di 30 minuti al giorno di attività fisica (come camminare, lavori di casa, giardinaggio o bocce) per la maggior parte dei giorni della settimana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A proposito della mia salute</b>			
Ho, o ho avuto in precedenza:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemi di cuore, pressione del sangue o circolazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un colpo apoplettico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morbo di Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capogiri o svenimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bisogno di correre al gabinetto o incontinenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un recente cambiamento importante di salute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A proposito di equilibrio e mobilità</b>			
Faccio fatica ad alzarmi da una sedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faccio fatica a stare in equilibrio quando cammino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi fanno male i piedi quando cammino e/o ho gonfiori e/o ho deformità dei piedi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A proposito della mia vista</b>			
Non ci vedo bene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È da più di 12 mesi che non ho avuto un esame della vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se ha risposto **Sì** o **Non sono sicuro** a più di una di queste domande, è possibile che lei corra il pericolo di cadere.

Per avere più informazioni, parli di questo questionario la prossima volta che ha un appuntamento con il suo:

- > Medico
- > Farmacista
- > Terapista del lavoro
- > Podologo
- > Fisioterapista
- > Infermiere

Nome: \_\_\_\_\_

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
<b>My history of falling:</b>			
I have had two or more falls in the 12 months	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>About my medications:</b>			
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"/>
<b>About my levels of exercise:</b>			
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"/>
<b>About my health conditions:</b>			
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"/>
<b>About my balance and walking:</b>			
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"/>
<b>About my eyesight:</b>			
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"/>