



Faldudredning tjekliste

	NEJ	JA	Bemærkninger / tiltag
Var du tilstede da borgeren faldt?			
Er borgeren akut syg?			
Var borgeren bevidstløs?			
Har borgeren gang- eller balanceproblemer? (muskelsestyrke, følesans, brug af gangredskab?)			
Er borgeren faldet flere gange?			
Lider borgeren af svimmelhed? (tjek blodtryk og puls?)			
Lider borgeren af kronisk sygdom/sygdomme? (demens, parkinson, depression, apopleksi)			
Får borgeren receptpligtig medicin? (morfika, sovemedicin, beroligende)			
Har borgeren tegn på dehydrering? (hudturgor, væskeindtag pr. døgn)			
Har borgeren ernæringsmæssige problemer? (tegn på vægttab, vitaminmangel, tandstatus)			
Overstiger borgerens alkoholindtagelse Sundhedsstyrelsens anbefalinger?			
Bruger borgeren hjælpemidler? (ADL funktion, beklædning)			
Har borgeren problemer med syn eller briller?			
Er der problemer med belysning eller boligindretning ?			
Er borgeren inkontinent? (obs. Urinvejsinfektion, vandladning om natten?)			
Er borgeren bange for at falde?			
Bor borgeren alene? (plejehjem: kontakt til pårørende?)			
Tiltag:			
<hr/>			
<hr/>			
Dato: Udfyldt af:			