

Vård- och omsorgsförvaltningen

Författare Katarina Funseth Medicinskt ansvarig rehabilitering	Datum för fastställande: 2021-11-01	Datum för senaste revision: 2022-02-14
Sakgranskare Ange namn		

Checklista Fallprevention

Patient _____ Pnr: _____

Tror du att patienten kommer att falla inom det närmaste halvåret? Ja Nej

-i vilka situationer. Diskutera med PAS.

Nattfasta – överskrider den 11 tim? Ja Nej

- diskutera åtgärder med PAS.

Kliver patienten upp ur sängen nattetid? Ja Nej

- diskutera åtgärder med PAS.

Är patienten självständig i dessa situationer?

I samband med toalettbesök? Ja Nej

- finns armstöd på toaletten? Ja **Nej**

I samband med dusch? Ja Nej

- finns duschpall med arm- och ryggstöd? Ja **Nej**

- behov av extra stödhandtag? **Ja** Nej

I samband med förflyttning säng/rullstol Ja Nej

-finns stödhandtag på sängen? Ja **Nej**

Riskerar patienten att glida ur rullstolen? **Ja** Nej

Kontakta arbetsterapeut eller fysioterapeut vid kryss i **markerade rutor** för bedömning av åtgärd. Sker via PAS i ProCapita+.

Att tänka på! Informera patient och anhöriga i samband med inflyttning. Utfört

- I samband med att sätta sig på stol i köket?
- finns stol med karm? (ordnas själv av patient eller anhöriga)
- Undvik i mattor på golvet.
- Om det är absolut nödvändigt, lägg antihalk under.
- Använd stadiga skor både inomhus och utomhus.
- Undvika att gå i strumplästen. - Använd antihalkstrumpor.
- Belysning.
- Tänk på att ju äldre man är desto starkare belysning behövs.
- Saker som används ofta.
- Skall finnas lättillgängliga för patienten.

Denna checklista är ifylld av : _____ Datum: _____