**NOT: 1(Bir) ay ve daha uzun aralıklı ziyaretlerde düşme riski tekrar değerlendirilir.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **HASTA ADI-SOYADI:** | | | | | **İlk Değerlendirme** | | **………………….** | | **…………………** | **……………………..** | **……………………..** |
| **RİSK FAKTÖRLERİ** | | | | |
| ...../…../….. | | ...../…../….. | | ...../…../….. | ...../…../….. | ...../…../….. |
| **1** | **Minör Risk Faktörleri** | 65 yaş üstü. | | | | 1 | | 1 | | 1 | 1 | 1 |
| **2** | Bilinci kapalı. | | | | 1 | | 1 | | 1 | 1 | 1 |
| **3** | Son 1 ay içinde düşme öyküsü var. | | | | 1 | | 1 | | 1 | 1 | 1 |
| **4** | Kronik hastalık öyküsü var.\* | | | | 1 | | 1 | | 1 | 1 | 1 |
| **5** | Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyaç var. | | | | 1 | | 1 | | 1 | 1 | 1 |
| **6** | Üriner/Fekalkontinans bozukluğu var. | | | | 1 | | 1 | | 1 | 1 | 1 |
| **7** | Görme durumu zayıf. | | | | 1 | | 1 | | 1 | 1 | 1 |
| **8** | 4’den fazla ilaç kullanımı var. | | | | 1 | | 1 | | 1 | 1 | 1 |
| **9** | Hastaya bağlı 3’ün altında bakım ekipmanı var.\*\* | | | | 1 | | 1 | | 1 | 1 | 1 |
| **10** | Yatak korkulukları bulunmuyor/çalışmıyor. | | | | 1 | | 1 | | 1 | 1 | 1 |
| **11** | Yürüme alanlarında fiziksel engel(ler) var. | | | | 1 | | 1 | | 1 | 1 | 1 |
| **12** | **Majör Risk Faktörleri** | Bilinç açık, koopere değil. | | | | 5 | | 5 | | 5 | 5 | 5 |
| **13** | Ayakta/yürürken denge problemi var. | | | | 5 | | 5 | | 5 | 5 | 5 |
| **14** | Baş dönmesi var. | | | | 5 | | 5 | | 5 | 5 | 5 |
| **15** | Ortostatik hipotansiyonu var. | | | | 5 | | 5 | | 5 | 5 | 5 |
| **16** | Görme engeli var. | | | | 5 | | 5 | | 5 | 5 | 5 |
| **17** | Bedensel engeli var. | | | | 5 | | 5 | | 5 | 5 | 5 |
| **18** | Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.\*\* | | | | 5 | | 5 | | 5 | 5 | 5 |
| **19** | Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var.\*\*\* | | | | 5 | | 5 | | 5 | 5 | 5 |
| **TOPLAM PUAN** | | | | | |  | |  | |  |  |  |
| **DEĞERLENDİRMEYİ YAPAN HEMŞİRE/SAĞLIK PERSONELİ (KAŞE-İMZA)** | | | | | |  | |  | |  |  |  |
| **NOT:** Toplam Puanı 5 in altında olan hastalar **Düşük Riskli** kabul edilir. Toplam Puanı 5 ve 5’in üstünde olan hastalar **Yüksek Riskli** kabul edilir. | | | | | | Düşük Risk  Yüksek Risk | | Düşük Risk  Yüksek Risk | | Düşük Risk  Yüksek Risk | Düşük Risk  Yüksek Risk | Düşük Risk  Yüksek Risk |
| **\* Kronik Hastalıklar** | | | * Hipertansiyon * Diyabet * Dolaşım Sistemi Hastalıkları * Sindirim Sistemi Hastalıkları * Artrit * Paralizi * Depresyon * Nörolojik Hastalıklar | **\*\* Hasta Bakım Ekipmanları** | * IV İnfüzyon * Solunum Cihazı * Kalıcı Kateter * Göğüs Tüpü * Dren * Perfüzatör * Pacemaker vb. | | **\*\*\* Riskli İlaçlar** | | * Psikotroplar * Narkotikler * Benzodiazepinler * Nöroleptikler * Antikoagülanlar * Narkotik Analjezikler | | * Antidiayebetikler * Santral Venöz Sistemİlaçları(Digoksin vb.) * Diüretikler/Laksatifler | |