

Val-agenda

Naam patiënt :.....
Geboortedatum :.....
Ingevuld door :.....
Datum :.....



De valagenda dient te worden ingevuld door de patiënt en zijn partner en/of verzorger na elk valincident.

U bent gevallen. Wij willen graag meer weten over de omstandigheden voorafgaand aan, tijdens en na afloop van uw val. Wilt u zo vriendelijk zijn onderstaande vragen allemaal te beantwoorden. Kiest u steeds het antwoord dat het beste bij uw situatie past.

Voorafgaand aan de val

1. Waar was u toen u viel?
 binnenshuis
 buitenshuis
2. Was u in een bekende of onbekende omgeving?
 bekende omgeving
 onbekende omgeving
3. Waar bestond de ondergrond uit (bijvoorbeeld vloerbedekking, gladde tegels, gras)?
.....
4. Waren er obstakels om u heen? (bijvoorbeeld stoelen, auto's, deuropening)
 ja
 nee
5. Wat voor schoeisel droeg u? (bijvoorbeeld pantoffels, laarzen, niets)
.....
6. Had u het gevoel dat u bevroor (freezing) vlak voor de val?
 ja
 nee
7. Was u duizelig vlak voor de val?
 ja
 nee
8. Raakte u bewusteloos voordat u viel?
 ja
 nee
9. Had u last van hartkloppingen?
 ja
 nee

10. Had u last van overvloedige bewegingen (dyskinesieën)?
 ja
 nee
11. Was u *on* of *off*? (werkte de medicatie goed of slecht)
 on, de medicatie werkte goed
 off, de medicatie werkte slecht
 geen idee
12. Voelde u zich slaperig?
 ja
 nee
13. Vonden personen die bij u waren vlak voor de val u verward, of voelde u zich verward?
 ja, namelijk:
.....
 nee
14. Zijn er kortgeleden veranderingen geweest in uw medicatie?
 ja
 nee
15. Hoeveel uur voor de val had u voor het laatst uw medicatie ingenomen?
.....

Tijdens de val

16. Hoe laat was het toen u viel?
.....
17. Had u iets in uw handen toen u viel?
 ja
 nee
18. Wat was u aan het doen toen u viel? (bijvoorbeeld opstaan uit stoel, draaien tijdens lopen)
.....
19. Werd u afgeleid door iets of iemand toen u viel? (bijvoorbeeld sprak u met iemand)
 ja
 nee
20. Veranderde u net van lichaamshouding toen u viel?
 ja, namelijk:
.....
 nee

