

Utente _____

Fisioterapeuta _____

Unidade _____

DIÁRIO DE QUEDAS

DATA DA QUEDA	LOCAL	MOTIVO			RECORREU A SERVIÇOS DE SAÚDE?		FOI HOSPITALIZADO?		TEVE LIMITAÇÃO NAS ATIVIDADES DIÁRIAS?		FEZ ALGUMA FRATURA?	
	(para cada uma das colunas escreva a opção que se aplica à situação)											
	Dentro de Casa	Escorregou	Perdeu sentidos	Fraqueza nas pernas	Sim	Se sim, qual o serviço?	Sim	Se sim, quanto	Sim	Se sim, quanto	Sim	Se sim, onde
	Fora de Casa	Tropeçou	Teve tontura	Sem razão aparente	Não	Hospital/Centro Saúde	Não	tempo?	Não	tempo?	Não	teve a fratura?