

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?	
		Dentro de Casa Fora de Casa	Escorregou Tropeçou	Perdeu sentidos Teve tontura	Fraqueza nas pernas Sem razão aparente	Sim Não	Se sim, qual o serviço? Hospital/Centro Saúde	Sim Não	Se sim, quanto tempo? Sim Não	Se sim, quanto tempo? Sim Não	Sim Não	Se sim, onde teve a fratura?