

## LE GUIDE DE L'EXAMEN CLINIQUE POST-CHUTE COMPREND L'ÉVALUATION DE :

Ce guide n'inclut pas les interventions que l'infirmière jugera pertinentes sur la base de son évaluation de la condition de l'utilisateur et de son jugement clinique.

Même si la personne âgée de 75 ans et plus ne s'est pas cognée la tête au moment de la chute, les manifestations de trauma crânien peuvent apparaître tardivement, et ce jusqu'à 20 jours post-chute. De plus, durant cette période post-chute, il faut surveiller plus étroitement l'utilisateur sous anticoagulothérapie.

Évaluation initiale

Évaluations  
1X/quarter X3 et 1X 24h  
plus tard

### A. L'ÉTAT DE CONSCIENCE ET L'ÉTAT GÉNÉRAL

<b>L'état général et l'état de conscience</b>	1. Évaluer l'état de conscience (agitation, état d'éveil, orientation 3 sphères). <i>Note : La variation de l'état de conscience, qui est souvent le 1<sup>er</sup> signe de blessure grave à la tête, est la manifestation la plus importante à surveiller.</i>	✓	*
	2. Évaluer la présence ou l'absence de sang ou de liquide clair dans les oreilles, le nez ou la bouche.	*	
	3. Évaluer la présence de nausées et vomissements.	*	*
	4. Évaluer la présence d'un changement de l'état mental.	✓	✓
	5. Évaluer si présence ou absence de céphalées.	*	✓
	6. Identifier si présence de symptômes avant la chute (Ex : étourdissements, douleur, vertiges, nausées, perte de conscience).	✓	
	7. Inscrire la description que fait l'utilisateur de sa chute.	✓	
	8. Préciser le type de comportement. Exemple : • Agitation ou ralentissement psychomoteur	✓	

### B. LES PARAMÈTRES VITAUX

<b>Les signes vitaux</b>	Évaluer la TA; le pouls et la fréquence respiratoire	✓	✓
<b>Les signes neurologiques</b>	Évaluer les signes neurologiques et l'état de conscience à la fréquence suivante : <i>Note : accorder une surveillance étroite si l'utilisateur prend des anticoagulants</i> • aux 15 minutes la 1 <sup>re</sup> heure • puis une heure plus tard • puis aux 2 heures X 2 • puis aux 4 heures pendant les 24 heures suivantes		* * * *

### C. LA POSTURE ET LA MOBILITÉ

<b>L'alignement corporel et la mobilité</b>	1. Vérifier l'alignement et la mobilité des membres, leur mobilité et la présence de sites douloureux.	✓	
	2. Vérifier si présence de déformation des membres.	✓	
	3. Vérifier les CCMSPRO aux 4 membres (coloration, chaleur, mobilité, sensibilité, pouls, retour capillaire, oedème).	✓	✓

### D. LA DOULEUR

<b>La douleur telle que rapportée par l'utilisateur / résident</b>	Évaluer si présence de douleur (spontanée et au toucher) selon le PQRSTU	✓	✓
--	--	---	---

### E. LES TÉGUMENTS

<b>L'état des téguments</b>	Décrire la nature de l'atteinte et le degré de surface atteinte des téguments (ex. : lacération, abrasion, hématome, écoulement sanguin, oedème, etc.). <i>Note : accorder une surveillance étroite si l'utilisateur prend des anticoagulants</i>	✓	✓
-----------------------------	--	---	---

\* A faire si impact crânien ou si suspicion d'impact crânien. Il y a présomption d'impact crânien pour les situations suivantes :

- pas de témoin
- ne peut pas confirmer l'absence d'impact crânien
- altération de novo de l'état mental ou du comportement.