



ÉVALUATION ET  
SURVEILLANCE POST-CHUTE

Date de la chute : \_\_\_\_\_ Heure de la chute\* : \_\_\_\_\_ (\*Si la chute est survenue il y a plus de 72h, l'infirmière effectue minimalement l'évaluation initiale et détermine la surveillance selon son jugement clinique).

Description de la chute (par l'usager/proche/témoin) et observations immédiates : \_\_\_\_\_

INITIALES : \_\_\_\_\_

**Directives** : Compléter la section 1 si  Usager anticoagulé **ou**  Chute avec impact crânien **ou**  Chute avec suspicion de traumatisme crânien (usager incapable d'infirmier l'impact crânien et absence de témoin lors de la chute ou usager présentant une altération de son état mental ou de son comportement de novo) **ou**  Signes de traumatisme à la colonne vertébrale

Compléter la section 2 si  Chute sans impact crânien ni suspicion de traumatisme crânien ni signes de traumatisme à la colonne vertébrale

INITIALES : \_\_\_\_\_

**Section 1**

Légende : N = Non O\* = Oui \* = Notes complémentaires obligatoires

Fréquence d'évaluation	Évaluation initiale	q 15 min x 4			q 1 h x 1	q 2 h x 2	q 4 h x 6			q 8 h x 3	q 24 h x 1
Date											
Heure											
Changement de l'état de conscience											
Présence de céphalées											
Signes neurologiques anormaux (VFS)											
Présence de nausées et vomissements											
Présence de sang/liquides clairs dans la bouche, oreilles, nez											
Changement de l'état mental											
Présence de douleur											
Alignement / Déformation des membres											
Atteinte à la mobilité des membres											
Signes neurovasculaires anormaux (CCMSPRO)											
Atteinte à l'intégrité de la peau											
Signes vitaux anormaux (VFS)											
INITIALES											

ÉVALUATION ET  
SURVEILLANCE POST-CHUTE

Section 2

Légende : N = Non O\* = Oui \* = Notes complémentaires obligatoires

Fréquence d'évaluation	Évaluation initiale	8 h post	16 h post	24 h post	48 h post
Date					
Heure					
Changement de l'état de conscience					
Présence de céphalées					
Changement de l'état mental					
Présence de douleur					
Alignement/déformation des membres					
Atteinte à la mobilité des membres					
Signes neurovasculaires anormaux (CCMSPRO)					
Atteinte à l'intégrité de la peau					
Signes vitaux anormaux (VFS)					
INITIALES					

Facteurs reliés à l'usager ou à l'environnement contribuant à la chute (cochez ce qui s'applique)

<p>Présence de symptômes avant la chute (exemple : agitation, étourdissements ou vertiges, hypotension orthostatique suspectée) :</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Usager non questionnable</p> <p>Usager sous contention au moment de la chute :</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Absence de chaussures ou chaussures non sécuritaires</p> <p><input type="checkbox"/> Culotte mal ajustée</p> <p><input type="checkbox"/> Appareils auditifs ou visuels non utilisés ou défectueux</p> <p><input type="checkbox"/> Aide à la mobilisation non utilisée (ex. : marchette, canne)</p> <p><input type="checkbox"/> Mauvaise utilisation de l'aide à la mobilisation</p> <p><input type="checkbox"/> Besoin urgent d'éliminer</p> <p><input type="checkbox"/> Incontinence récente (&lt; 1 mois)</p> <p><input type="checkbox"/> Usager transportait quelque chose</p> <p><input type="checkbox"/> Changement de médicament récent (&lt; 5 à 7 jours)</p> <p><input type="checkbox"/> Effets secondaires de médicaments</p>	<p><input type="checkbox"/> Freins non appliqués</p> <p><input type="checkbox"/> Encombrement</p> <p><input type="checkbox"/> Matériel hors d'atteinte</p> <p><input type="checkbox"/> Fourniture/équipement médical encombrant</p> <p><input type="checkbox"/> Éclairage inadéquat</p> <p><input type="checkbox"/> Lit ou civière surélevé</p> <p><input type="checkbox"/> Environnement non familial</p> <p><input type="checkbox"/> Ridelles de lits/civières remontées, Nombre : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Surface du plancher non sécuritaire (mouillé, glissante, reflets, irrégularité, tapis non adhérent)</p> <p><input type="checkbox"/> Équipement ou mobilier en mauvais état</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p style="text-align: right;">INITIALES : _____</p>
---	---

Documentation et suivi (apposez vos initiales lorsque faits)

AH-223 : \_\_\_\_\_ Plan d'intervention (PTI, PII, PI) : \_\_\_\_\_ Identification du risque de chute : \_\_\_\_\_

Avisé : Médecin \_\_\_\_\_ Proche \_\_\_\_\_ Infirmière \_\_\_\_\_ Identification visuelle en place : Bracelet \_\_\_\_\_ Marguerite \_\_\_\_\_

Références : \_\_\_\_\_ précisez : \_\_\_\_\_

Signature et titre d'emploi	Initiales	Signature et titre d'emploi	Initiales