

SECTION MOTIF

Selon la situation, identifier pour quel motif vous complétez ce formulaire.

- Cochez Admission** si vous complétez ce formulaire pour l'utilisateur qui est admis dans votre établissement.
- Cochez Changement significatif de la condition clinique** si l'utilisateur a eu un changement significatif de sa condition clinique qui peut compromettre sa sécurité et augmenter son risque de chute (ex. : usager a eu un épisode aiguë d'AVC, usager a chuté et présente une détérioration de son état clinique)
- Cochez Post-chute ou quasi-chute** si vous complétez ce formulaire suite à une chute ou à une quasi-chute auprès de l'utilisateur.
- Cochez Autre** et indiquez le contexte. Complétez cette section si le motif diffère du motif d'admission ou du motif changement significatif de la condition clinique. Il pourrait s'agir d'une évaluation périodique (ex : 6 mois après l'admission ou d'une évaluation initiale à domicile).

SECTION FACTEURS DE RISQUES

Cette section peut être complétée par l'infirmière, l'infirmière auxiliaire, l'ergothérapeute, le physiothérapeute, le thérapeute en réadaptation physique, le travailleur social, le technicien en travail social, l'éducateur spécialisé, le psychoéducateur et l'inhalothérapeute.

Cette section comprend le type de facteurs de risques ainsi que le score qui lui est associé; qui se retrouve à droite du libellé du facteur de risque.

1. 3 CHUTES OU PLUS DANS LES 6 DERNIERS MOIS

Le nombre de chutes antérieures est un indicateur important de prédiction de chutes futures. Si l'utilisateur a fait 3 chutes ou plus dans les 6 derniers mois, encercler le score 6. Si l'utilisateur ne peut répondre à cette question, chercher l'information auprès d'autres sources comme proche-aidant, dossier etc.

2. PRÉSENCE D'ÉTOURDISSEMENTS OU DE VERTIGE

Si l'utilisateur présente des étourdissements ou des vertiges, plus particulièrement lorsqu'il est en position debout ou lorsqu'il transfère de la position couchée à assise, ou qu'il transfère de la position assise à debout, encercler le score 1.

3. ÉTAT MENTAL ALTÉRÉ

Si l'utilisateur est incapable de suivre des instructions simples, s'il présente des problèmes de mémoire et de raisonnement (ex : démence, delirium, psychose) ou s'il présente de l'agitation et de l'agressivité, encercler le score 2.

4. TENTATIVES NON SÉCURITAIRES DE SORTIR DU LIT OU DU FAUTEUIL

Si l'utilisateur tente de sortir de son lit ou de se lever de son fauteuil et que ces gestes sont non sécuritaires due à un problème de jugement et d'évaluation du danger, lui attribuer le score de 3.

5. ADMISSION DANS LE DERNIER MOIS

Encercler le score 1 si l'utilisateur est admis dans le dernier mois. Tout usager admis dans l'établissement ou dans un nouveau milieu de vie (ex. : CHSLD, domicile, RI, RTF, RPA) aura automatiquement un score de 1.

Au-delà d'un mois d'admission, si vous procédez une nouvelle fois à une identification du risque de chute de ce même usager, ne pas attribuer le score de 1.

6. TROUBLES DE LA MOBILITÉ, PROBLÈME D'ÉQUILIBRE OU DE DÉMARCHÉ

Si l'utilisateur présente un problème de démarche (démarché chancelante, démarche lente, usager traîne les pieds, fait de petits pas, se tient au mur ou aux meubles) et/ou de problème d'équilibre en position debout, encercler le score 2.

Si l'utilisateur présente un trouble de mobilité compensé avec une aide technique comme une canne, une marchette, lui attribuer le score 2.

Si l'utilisateur est immobile, grabataire et dépendant aux transferts, ne pas lui attribuer le score 2.

7. FAIBLESSE GÉNÉRALISÉE

Attribuer le score 1 :

- Si l'utilisateur dit qu'il se sent faible OU
- Si l'utilisateur est incapable de se tenir debout pendant 2 à 3 minutes à côté du lit OU
- Si l'utilisateur est incapable de réaliser deux ou plusieurs des actions suivantes :
 - S'asseoir sur la toilette et se relever seul
 - Se lever à partir d'une position assise et se rasseoir sans aide
 - S'habiller et faire sa toilette seule
 - Marcher 6 mètres (avec ou sans une aide technique)

8. CONTINENCE

La fréquence urinaire plus grande ou égale à 7 mictions/24heures, l'urgence mictionnelle, la nycturie et l'incontinence récente (moins de 1 mois) sont des facteurs de risque de chute. Cochez le score 1 si l'utilisateur présente l'une ou plus de ses conditions décrites ci-haut.

9. MÉDICATION - PRISE DE PLUS DE 7 MÉDICAMENTS

Si l'utilisateur prend plus de 7 médicaments, incluant les PRN, ENCERCLER LE SCORE 1

Pour ce point, ne tenez pas compte des vitamines, des gélules à base de plantes, des onguents oculaires, des crèmes pour la peau.

MÉDICATION - PRISE DE BENZODIAZÉPINE OU PSYCHOTROPE et si parmi sa liste de médicaments il prend soit un BENZODIAZÉPINE, un PSYCHOTROPE, un ANTIDEPRESSEUR ou un NARCOTIQUE, encercler automatiquement le score 1.

10. IMMOBILITÉ (INCAPACITÉ DE MARCHER OU DE SE LEVER SANS AIDE)

ENCERCLER le score de -5 si :

- a) L'utilisateur est incapable d'initier un mouvement et est incapable de se lever (ou de tomber du lit)
- b) L'utilisateur est incapable de marcher ou de faire de la mise en charge mais peut utiliser un fauteuil roulant pour la mobilité et n'est pas en mesure de transférer sans assistance totale.
- c) L'utilisateur ne peut se lever seul et ne tente pas de le faire

Le score de -5 est négatif puisqu'il est attribué pour empêcher l'assignation automatique d' : « usager à risque élevé de chute ». Faites preuve de jugement clinique concernant ce score pour éviter de manquer les personnes à risque de chute. REMARQUE: si l'utilisateur est immobile, ne pas coter «mobilité réduite».

SCORE TOTAL

Inscrire dans cette case la somme des scores des facteurs de risque 1 à 10.

- **UN SCORE DE 0** signifie l'absence de risque de chute
- **UN SCORE DE 1-6** signifie un risque de chute léger à modéré
- **UN SCORE DE 7-12** signifie un risque élevé de chute
- **UN SCORE DE 13 ET PLUS** signifie un risque élevé de chute et de déplacements non sécuritaires

SECTION : SUGGESTIONS D'INTERVENTIONS RAPIDES

La liste des interventions suggérées dans la section **SUGGESTIONS D'INTERVENTIONS RAPIDES** n'est pas complète. Cette liste vise à guider l'intervenant dans le choix d'interventions. Veuillez noter que ce formulaire ne constitue pas un plan d'intervention, mais offre des suggestions d'interventions préventives que vous pouvez personnaliser. En association avec différents outils comme les AIDE MÉMOIRE-prévention des chutes, vous devrez élaborer votre plan thérapeutique infirmier ou votre plan d'interventions interdisciplinaires.

SECTION : PRÉSENCE DE FACTEURS AGGRAVANTS

- **TROUBLES DE LA PERCEPTION SENSORIELLE** : Si l'utilisateur présente un déficit visuel ou auditif non compensé, une neuropathie périphérique diagnostiquée, desgnosies (des désordres de la reconnaissance et de l'identification d'un objet ou d'un son) ou une hémimégligence, cochez oui. Si l'utilisateur ne présente aucune de ces conditions, cochez non
- **ALIMENTATION INADÉQUATE** : Si l'utilisateur a un diagnostic de malnutrition ou s'il consomme régulièrement moins du ¾ de son repas incluant la viande, cochez oui. Si l'utilisateur ne présente aucune de ces conditions, cochez non.

- **UTILISATION EXCEPTIONNELLE D'UNE MESURE DE CONTRÔLE (FACTEUR IMPORTANT)** : Si l'utilisateur est porteur d'une mesure de contrôle en contexte planifié ou urgent cochez oui. Si l'utilisateur n'est pas porteur d'une mesure de contrôle, cochez non
- **PEUR DE CHUTER** : Si l'utilisateur exprime avoir peur de chuter, ou si l'utilisateur vous exprime avoir changé ou restreint ses activités cochez oui. Si l'utilisateur marche avec précaution ou qu'il devient anxieux dès qu'il est en position debout, cochez oui. Si l'utilisateur ne présente aucune de ces conditions, cochez non

SECTION : INTERVENTIONS

Cette section se sépare en 4 sous-sections:

- Interventions **pour tous** : (score de 0 à 19)
- Interventions - risque de chute léger à modéré (score de 1-6 inclusivement)
- Interventions -risque élevé de chute (score de 7-12 inclusivement)
- Interventions - risque élevé de chute et déplacements non-sécuritaires (score de 13 et plus)

1. INTERVENTIONS **pour tous** : (score de 0 à 19)

Cette section présente des interventions à mettre en place auprès de tous les usagers peu importe le score obtenu et ce, pour prévenir les chutes. Cochez les interventions 1 à 5 selon la pertinence.

Comme l'outil d'identification du risque de chute est utilisé dans plusieurs contextes (hospitalier, hébergement, domicile), il est possible que certaines interventions ne s'appliquent pas à votre clientèle. Dans ce cas, ne cochez pas l'intervention qui ne s'applique pas.

2. INTERVENTIONS **risque de chute léger à modéré (score de 1-6 inclusivement)**

En plus des interventions préventives universelles, vous devez compléter cette section pour tout usager ayant un score se situant entre **1 et 6** inclusivement. Les interventions 6 et 7 (interventions et non score) s'ajoutent aux interventions (1 à 5) préalablement déterminées. Dans cette situation, l'identification visuelle du risque de chute est instaurée selon votre jugement clinique.

3. INTERVENTIONS **risque de chute élevé (score de 7-12 inclusivement)**

En plus des interventions préventives universelles et des interventions préventives 6 et 7, vous devez compléter cette section pour tout usager ayant un score se situant entre **7 et 12** inclusivement. Les interventions 8 à 12 (interventions et non score) s'ajoutent aux interventions (1 à 7) préalablement déterminées.

4. INTERVENTIONS **risque de chute élevé et déplacements non-sécuritaires (score de 13 et plus)**

En plus des interventions préventives universelles et personnalisées, vous devez compléter cette section pour tout usager ayant un score se situe de **13 et plus**. Les interventions 13 à 16 (interventions et non score) s'ajoutent aux interventions (1 à 12) préalablement déterminées.

SECTION NOM - TITRE D'EMPLOI - DATE

L'intervenant qui complète le formulaire en tout ou en partie doit apposer sa signature, y inscrire son titre d'emploi et inscrire la date de complétion du formulaire.