

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 : _____

Attention, il est important de bien choisir quelle section doit être complétée. Apposez un X dans le carré qui précède la raison qui correspond à la situation clinique de l'usager. Si l'événement ne correspond à aucun des critères de la section 1, veuillez compléter la section 2.

Veuillez compléter soit la section 1 OU 2 uniquement selon les directives présentes dans le formulaire. Compléter les deux sections implique une duplication d'informations à deux endroits ou impliquerait des évaluations supplémentaires non essentielles.

Directives : Compléter la section 1 si Usager anticoagulé **ou** Chute avec impact crânien **ou** Chute avec suspicion de traumatisme crânien (usager incapable d'informer 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							

Les cases grises signifient que ces éléments ne sont pas à évaluer à ce moment. Rien ne doit être inscrit à ces endroits à moins que votre jugement clinique vous indique le contraire.

Atteinte à la mobilité des membres																			
Signes neurovasculaires anormaux (CCMSPRO)																			
Atteinte à l'intégrité de la peau																			
Signes vitaux anormaux (VFS)																			
INITIALES																			

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval



**ÉVALUATION ET
SURVEILLANCE POST-CHUTE**

Si l'évaluation initiale de l'infirmière a déterminé que la section 2 doit être complétée, l'ensemble des éléments doivent être évalués aux heures inscrites dans le tableau suivant.

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					

Il est obligatoire d'apposer vos initiales aux endroits demandés. Ceci permet de savoir quelles interventions ou évaluations ont été réalisées et par quel professionnel.

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

Cette section doit obligatoirement être complétée. Minimalement, vous devriez répondre aux deux premières questions.

Déterminer les facteurs ayant contribué à la chute facilite la mise en place de nouvelles interventions personnalisées afin de prévenir une nouvelle chute.

Présence de symptômes avant la chute (exemple : agitation, étourdissements ou vertiges, hypotension orthostatique suspectée) :

- Non Oui, précisez : _____
 Usager non questionnable

Usager sous contention au moment de la chute :

- Non Oui
- Absence de chaussures ou chaussures non sécuritaires
 - Culotte mal ajustée
 - Appareils auditifs ou visuels non utilisés ou défectueux
 - Aide à la mobilisation non utilisée (ex. : marchette, canne)
 - Mauvaise utilisation de l'aide à la mobilisation
 - Besoin urgent d'éliminer
 - Incontinence récente (< 1 mois)
 - Usager transportait quelque chose
 - Changement de médicament récent (< 5 à 7 jours)
 - Effets secondaires de médicaments

- Freins non appliqués
- Encombrement
- Matériel hors d'atteinte
- Fourniture/équipement médical encombrant
- Éclairage inadéquat
- Lit ou civière surélevé
- Environnement non familier
- Ridelles de lits/civiers remontées, Nombre : _____
- Surface du plancher non sécuritaire (mouillé, glissante, reflets, irrégularité, tapis non adhérent)
- Équipement ou mobilier en mauvais état
- Autre : _____
- Autre : _____
- Autre : _____
- Autre : _____

INITIALES : _____

Documentation et suivi (apposez vos initiales lorsque faits)

Attention ! Cette section doit obligatoirement être complétée. Il s'agit d'un rappel sur l'ensemble de la documentation à compléter.

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