

Cette case doit contenir : N° dossier, nom, prénom, date de naissance, NAM, nom de la mère, prénom de la mère, nom du père, prénom du père

SUIVI DE L'USAGER AYANT CHUTÉ

Date de la chute _____ aaaa/mm/jj		Heure de la chute _____ hh:mm			
<input type="checkbox"/> Chute sans impact crânien : compléter la partie 1 <input type="checkbox"/> Chute avec ou suspicion d'impact crânien : compléter les parties 1 et 2		* Toute anomalie doit être précisée dans la note évolutive *			
Partie 1 : suivi à compléter aux 8 heures pour 24 heures, puis 24 heures plus tard OU selon les directives de l'infirmière					
Paramètres	Date (aaaa/mm/jj)				
	Heure (hh:mm)				
Tension artérielle		/	/	/	/
Pouls	Fréquence	/min	/min	/min	/min
	Rythme R : Régulier I : Irrégulier				
Respiration	Fréquence	/min	/min	/min	/min
	Rythme R : Régulier I : Irrégulier				
	Amplitude N : Normale P : Profonde S : Superficielle				
Température	B : Buccale R : Rectale	°C	°C	°C	°C
Saturométrie	AA : Air ambiant O ₂ : Avec oxygène, préciser le nombre de l/min	% ____ l/min	% ____ l/min	% ____ l/min	% ____ l/min
Capacité d'attention	A : Attentif I : Inattentif				
État de conscience	H : Hyperalerte A : Alerte L : Léthargique S : Stuporeux C : Comateux				
Douleur		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Céphalée		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Hématome		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Nausées/vomissements		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Mobilité des membres	N : Normale A : Anormale				
Autres signes gériatriques atypiques	Changement dans l'autonomie	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	Changement dans le comportement	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Note au dossier (requis pour détailler les résultats anormaux)		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Initiales					
Initiales	Signature	Initiales	Signature		

Nom :

N° dossier :

Partie 2 : suivi à compléter si impact ou suspicion d'impact crânien														
Fréquence minimale du suivi si résultats normaux : aux 15 minutes pour 1 heure; 1 heure plus tard; aux 2 heures pour 2 fois, puis aux 4 heures pour 24 heures OU selon les directives de l'infirmière							* Toute anomalie dans les éléments de surveillance doit faire l'objet d'une évaluation par l'infirmière qui peut réajuster la fréquence du suivi *							
Paramètres	Date (aaaa/mm/jj)													
	Heure (hh:mm)													
Échelle de coma de Glasgow	Ouverture des yeux	/4	/4	/4	/4	/4	/4	/4	/4	/4	/4	/4	/4	/4
	Réponse verbale	/5	/5	/5	/5	/5	/5	/5	/5	/5	/5	/5	/5	/5
	Réponse motrice	/6	/6	/6	/6	/6	/6	/6	/6	/6	/6	/6	/6	/6
	Score total	/15	/15	/15	/15	/15	/15	/15	/15	/15	/15	/15	/15	/15
Pupille droite	Taille (mm) R/L	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Réaction D/C	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Forme													
Pupille gauche	Taille (mm) R/L	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Réaction D/C	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Forme													
Force musculaire	Membres supérieurs													
	Membres inférieurs													
Note au dossier (requis pour détailler les résultats anormaux)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Initiales														

Initiales	Signature	Initiales	Signature

LÉGENDE

Échelle de coma de Glasgow		
Composantes	Réponses	Score
Ouverture des yeux	Spontanée	4
	À l'appel ou à la parole	3
	À la douleur	2
	Aucune	1
Meilleure réponse verbale	Orientée	5
	Confuse	4
	Inappropriée	3
	Incompréhensible (gémissements ou autres sons)	2
	Aucune	1
Meilleure réponse motrice	Obéit aux commandes	6
	Localise la douleur	5
	Se retire à la douleur (évitement)	4
	Flexion anormale (décortication)	3
	Extension anormale (décérébration)	2
	Aucune	1

Le score oscille entre 3 (coma profond) et 15 (complètement éveillé et alerte)
Source : OIQ. (2019). Échelle de Glasgow : évaluer le niveau de conscience d'un patient avec atteinte neurologique. *Perspectives infirmières*, 16 (2), 26-35.

Observation des pupilles

Taille (mm)
L : à la lumière
R : au repos

Réaction
C : consensuelle
D : direct
F : fixe
L : lente
N : normale

Forme
I : contour irrégulier
O : ovale
R : rondes

Force musculaire

A : absente
F : faible
M : modérée
V : vigoureuse