

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

## ÉVALUATION INITIALE DE L'USAGER AYANT CHUTÉ

Date (aaaa/mm/jj) _____		Heure de la chute (hh:mm) _____		<input type="checkbox"/> Réelle <input type="checkbox"/> Estimée	Heure de l'évaluation (hh:mm) _____	
Lieu précis de la chute _____						
<b>ANAMNÈSE POSTCHUTE *</b>						
						<input type="checkbox"/> Journaliste <input type="checkbox"/> Enquêteur
<b>P</b>	<b>Provoquer :</b> (Ce qui a provoqué/entraîné la chute, facteurs de risque)					
	<b>Pallier :</b> (Ce qui a permis d'éviter de tomber dans le passé)					
<b>Q</b>	<b>Qualité :</b> (Décrire la chute : exemple : tombé vers l'avant ou l'arrière, effondrement, resté longtemps au sol)					
	<b>Quantité :</b> (Conséquences de la chute sur les AVD, AVQ, loisirs)					
<b>S</b>	<b>Signes et symptômes :</b> (Juste avant et au moment de la chute)					
<b>T</b>	<b>Temps :</b> (Quand la chute est survenue?)					
	<b>Intermittent/Fréquence/Moment :</b> (Première chute ? Combien dans la dernière semaine ou mois, moment de la journée)					
<b>U</b>	<b>Understand :</b> (Signification pour la personne)					
* Le R a été retiré, car il est sans objet pour une chute						Initiales _____
<b>EXAMEN PHYSIQUE</b>						
Signes vitaux	<b>Pouls</b> ____/min Rythme <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Irrégulier <b>TA couchée</b> ____/____ <b>TA debout</b> ____/____ <b>T°</b> ____°C <input type="checkbox"/> Buccale <input type="checkbox"/> Rectale <b>Respiration</b> Fréquence ____/min    Rythme <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Irrégulier    Type <input type="checkbox"/> Thoracique <input type="checkbox"/> Abdominale Amplitude <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Profonde <input type="checkbox"/> Superficielle <b>Saturométrie</b> <input type="checkbox"/> Air ambiant = ____% ou <input type="checkbox"/> Avec O <sub>2</sub> à ____l/min = ____% <b>Glycémie</b> (si diabétique) ____mmol/l					
	Initiales _____	<b>Signes gériatriques atypiques</b> (dans la dernière semaine) Changement dans Autonomie <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui    État mental <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui    Comportement <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui				
Inspection	<b>État mental</b> Capacité d'attention <input type="checkbox"/> Attentif <input type="checkbox"/> Inattentif État de conscience <input type="checkbox"/> Hyper alerte <input type="checkbox"/> Alerte <input type="checkbox"/> Léthargique <input type="checkbox"/> Stuporeux <input type="checkbox"/> Comateux <b>Douleur à la tête</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <b>Usager sous anticoagulothérapie</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, augmenter surveillance clinique <b>Nausées ou vomissements</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <b>Impact crânien ou suspicion</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, prendre signes neurologiques <b>Écoulement</b> Bouche <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Liquide clair    Oreille droite <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Liquide clair Nez <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Liquide clair    Oreille gauche <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Liquide clair					
	<b>Signes neurologiques</b>					
	Pupille droite	Dimension au repos/à la lumière ____/____mm	Réaction N : normale L : lente F : fixe	Forme R : rondes O : ovale I : contour irrégulier	<b>Force musculaire</b>	
		Réaction directe/consensuelle ____/____			<b>Membres supérieurs</b>	<b>Membres inférieurs</b>
	Pupille gauche	Dimension au repos/à la lumière ____/____mm			<input type="checkbox"/> Vigoureuse <input type="checkbox"/> Vigoureuse	<input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Modérée
		Réaction directe/consensuelle ____/____			<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Absente <input type="checkbox"/> Absente
		Forme _____				
	<b>Échelle de Glasgow</b>					
	<b>Réponses et scores</b>					
	Ouverture des yeux <input type="checkbox"/> Spontanée (4) <input type="checkbox"/> À l'appel ou à la parole (3) <input type="checkbox"/> À la douleur (2) <input type="checkbox"/> Absente (1) _____/ 4 points					
Réponse verbale <input type="checkbox"/> Orientée (5) <input type="checkbox"/> Confuse (4) <input type="checkbox"/> Inappropriée (3) <input type="checkbox"/> Incompréhensible (gémissements ou autres sons) (2) <input type="checkbox"/> Aucune (1) _____/ 5 points						
Réponse motrice <input type="checkbox"/> Obéit aux commandes (6) <input type="checkbox"/> Localise la douleur (5) <input type="checkbox"/> Se retire à la douleur (évitement) (4) <input type="checkbox"/> Flexion anormale (décortication) (3) <input type="checkbox"/> Extension anormale (décérébration) (2) <input type="checkbox"/> Aucune (1) _____/ 6 points						
<b>Le score oscille entre 3 (coma profond) et 15 (complètement éveillé et alerte)</b>						
					<b>Total</b> _____/15 points	

Nom :

N° dossier :

EXAMEN PHYSIQUE (suite)													
<b>Inspection (suite)</b>	<b>Atteinte des téguments</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <b>Si oui, cocher le type et préciser la localisation et les dimensions.</b> <input type="checkbox"/> Rougeur _____ <input type="checkbox"/> Hématome _____ <input type="checkbox"/> Lacération _____ <input type="checkbox"/> Œdème _____ <input type="checkbox"/> Abrasion _____ <input type="checkbox"/> Brûlure _____ <input type="checkbox"/> Ecchymose _____ <input type="checkbox"/> Autre _____												
	<b>Alignement du corps</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Déviation <b>Alignement ou déformation des membres</b> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">           Membre supérieur droit  <input type="checkbox"/> Normal    <input type="checkbox"/> Déviation            Localisation _____         </td> <td style="width: 25%; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">           Membre supérieur gauche  <input type="checkbox"/> Normal    <input type="checkbox"/> Déviation            Localisation _____         </td> <td style="width: 25%; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">           Membre inférieur droit  <input type="checkbox"/> Normal    <input type="checkbox"/> Déviation            Localisation _____         </td> <td style="width: 25%; padding: 2px;">           Membre inférieur gauche  <input type="checkbox"/> Normal    <input type="checkbox"/> Déviation            Localisation _____         </td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center; padding: 2px;"><b>Mobilité</b></td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center; padding: 2px;"><b>Mobilité</b></td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center; padding: 2px;"><b>Mobilité</b></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><b>Mobilité</b></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Normale    <input type="checkbox"/> Anormale</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Normale    <input type="checkbox"/> Anormale</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Normale    <input type="checkbox"/> Anormale</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Normale    <input type="checkbox"/> Anormale</td> </tr> </table>	Membre supérieur droit <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Déviation Localisation _____	Membre supérieur gauche <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Déviation Localisation _____	Membre inférieur droit <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Déviation Localisation _____	Membre inférieur gauche <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Déviation Localisation _____	<b>Mobilité</b>	<b>Mobilité</b>	<b>Mobilité</b>	<b>Mobilité</b>	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale			
	Membre supérieur droit <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Déviation Localisation _____	Membre supérieur gauche <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Déviation Localisation _____	Membre inférieur droit <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Déviation Localisation _____	Membre inférieur gauche <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Déviation Localisation _____									
	<b>Mobilité</b>	<b>Mobilité</b>	<b>Mobilité</b>	<b>Mobilité</b>									
<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale										
<b>Douleur</b> Au repos <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui _____ Lors de mobilisation par l'usager <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui _____ À l'inspiration profonde <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui _____ Position antalgique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui _____													
Initiales _____	<b>Si oui, précisez localisation, intensité, qualité.</b>												
LES SECTIONS SUIVANTES SONT STRICTEMENT RÉSERVÉES À L'INFIRMIÈRE													
<b>Palpation</b>	<b>Douleur</b> À la mobilisation passive <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui _____ À la palpation <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui _____												
<b>Inspection</b>	<b>Suspicion de fracture d'une articulation proximale</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, préciser <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> Vertèbre <b>Suspicion de fracture aux extrémités</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, localisation _____ <b>Suspicion de fracture de côté</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, localisation _____												
<b>Autres observations ou précisions</b>													
ANALYSE GLOBALE													
<b>Décrire votre analyse de la chute, en incluant les principaux facteurs de risques, les conséquences immédiates et la surveillance requise</b>													
INTERVENTIONS													
Niveau de soins <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Avec transfert <input type="checkbox"/> Sans transfert Usager relevé <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, avec aide minimale <input type="checkbox"/> Oui, avec lève-personne, préciser le type de toile _____ Médicament PRN donné <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, lequel _____ Ordonnance collective initiée <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, laquelle _____ Médecin avisé <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui    Transfert en centre hospitalier <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui PTI déterminé ou ajusté <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Rapport AH-223 complété <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, numéro _____ Divulgateion à la famille <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, qui _____ Autres interventions ou précisions _____													
<b>Initiales</b>	<b>Signature</b>	<b>Initiales</b>	<b>Signature</b>										
<b>Légende</b> AVD : activités de la vie domestique    °C : degrés    mmol/l : millimole par litre    PTI : plan thérapeutique infirmier    T : température AVQ : activités de la vie quotidienne    l/min : litre par millilitre    O <sub>2</sub> : oxygène    PRN : au besoin    TA : tension artérielle													
Source : adapté de P. Voyer (2017). <i>L'examen clinique de l'ainé</i> . 2 <sup>e</sup> édition. Saint-Laurent : ERPI													