

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 _____ | | | | | | | |
| ANAMNÈSE POSTCHUTE * | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Journaliste <input type="checkbox"/> Enquêteur | | | | | | | |
| P | Provoquer : (Ce qui a provoqué/entraîné la chute, facteurs de risque) | | | | | | |
| | Pallier : (Ce qui a permis d'éviter de tomber dans le passé) | | | | | | |
| Q | Qualité : (Décrire la chute : exemple : tombé vers l'avant ou l'arrière, effondrement, resté longtemps au sol) | | | | | | |
| | Quantité : (Conséquences de la chute sur les AVD, AVQ, loisirs) | | | | | | |
| S | Signes et symptômes : (Juste avant et au moment de la chute) | | | | | | |
| T | Temps : (Quand la chute est survenue?) | | | | | | |
| | Intermittent/Fréquence/Moment : (Première chute ? Combien dans la dernière semaine ou mois, moment de la journée) | | | | | | |
| U | Understand : (Signification pour la personne) | | | | | | |
| * Le R a été retiré, car il est sans objet pour une chute | | | | | | Initiales _____ | |
| EXAMEN PHYSIQUE | | | | | | | |
| Signes vitaux | Pouls ____/min Rythme <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Irrégulier TA couchée ____/____ TA debout ____/____ T° ____°C <input type="checkbox"/> Buccale <input type="checkbox"/> Rectale Respiration 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 Saturométrie <input type="checkbox"/> Air ambiant = ____% ou <input type="checkbox"/> Avec O ₂ à ____l/min = ____% Glycémie (si diabétique) ____mmol/l | | | | | | |
| | Initiales _____ | Signes gériatriques atypiques (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 | État mental Capacité d'attention <input type="checkbox"/> Attentif <input type="checkbox"/> Inattentif État de conscience <input type="checkbox"/> Hyper alerte <input type="checkbox"/> Alertes <input type="checkbox"/> Léthargique <input type="checkbox"/> Stuporeux <input type="checkbox"/> Comateux | | | | | | |
| | Douleur à la tête <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Usager sous anticoagulothérapie <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, augmenter surveillance clinique Nausées ou vomissements <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Impact crânien ou suspicion <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, prendre signes neurologiques | | | | | | |
| | Écoulement 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 | | | | | | |
| | Signes neurologiques | | | | | | |
| | Pupille droite | Dimension au repos/à la lumière ____/____mm | | Réaction N : normale L : lente F : fixe | Forme R : rondes O : ovale I : contour irrégulier | Force musculaire | |
| | | Réaction directe/consensuelle ____/____ | | | | Membres supérieurs | |
| | Pupille gauche | Dimension au repos/à la lumière ____/____mm | | | | <input type="checkbox"/> Vigoureuse <input type="checkbox"/> Vigoureuse | |
| | | Réaction directe/consensuelle ____/____ | | | | <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Modérée | |
| | Initiales _____ | Forme _____ | | | | <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Faible | |
| | | Forme _____ | | | | <input type="checkbox"/> Absente <input type="checkbox"/> Absente | |
| Échelle de Glasgow | | | | | | | |
| Réponses et scores | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| Le score oscille entre 3 (coma profond) et 15 (complètement éveillé et alerte) | | | | | | Total _____ / 15 points | |

Nom :

N° dossier :

| EXAMEN PHYSIQUE (suite) | | | |
|--|---|--|---|
| Inspection (suite) | Atteinte des téguments <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, cocher le type et préciser la localisation et les dimensions. | | |
| | <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 _____ | |
| | Alignement du corps <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Déviation Alignement ou déformation des membres | | |
| | Membre supérieur droit <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Déviation Localisation _____ Mobilité <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale | Membre supérieur gauche <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Déviation Localisation _____ Mobilité <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale | Membre inférieur droit <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Déviation Localisation _____ Mobilité <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale |
| | Membre inférieur gauche <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Déviation Localisation _____ Mobilité <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale | | |
| Initiales | Douleur Si oui, précisez localisation, intensité, qualité. 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 _____ | | |
| LES SECTIONS SUIVANTES SONT STRICTEMENT RÉSERVÉES À L'INFIRMIÈRE | | | |
| Palpation | Douleur Si oui, précisez localisation, intensité, qualité À la mobilisation passive <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui _____ À la palpation <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui _____ | | |
| Inspection | Suspicion de fracture d'une articulation proximale <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 Suspicion de fracture aux extrémités <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, localisation _____ Suspicion de fracture de côté <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, localisation _____ | | |
| Autres observations ou précisions | | | |
| ANALYSE GLOBALE | | | |
| Décrire votre analyse de la chute, en incluant les principaux facteurs de risques, les conséquences immédiates et la surveillance requise | | | |
| 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 _____ | | | |
| Initiales | Signature | Initiales | Signature |
| | | | |
| | | | |
| Légende 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 ₂ : oxygène PRN : au besoin TA : tension artérielle | | | |
| Source : adapté de P. Voyer (2017). <i>L'examen clinique de l'ainé</i> . 2 ^e édition. Saint-Laurent : ERPI | | | |