

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

OBSERVATION DE L'USAGER AYANT CHUTÉ PAR L'AIDE-SOIGNANT

Direction clinique _____		Programme _____		Site _____	
Date de la chute _____ <small>aaaa/mm/jj</small>		Heure de la chute _____ <small>hh:mm</small>			
<input type="checkbox"/> Chute sans coup à la tête <input type="checkbox"/> Chute avec coup à la tête ou sans témoin au moment de la chute		Si connu du CIUSSS professionnel habileté avisé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date _____ Heure _____ <small>aaaa/mm/jj hh:mm</small>			
Signes et symptômes à surveiller aux 8 heures (h) pour 24 h, puis 24 h plus tard ou selon les directives de l'infirmière					
Si vous répondez Oui à un ou plusieurs signes et symptômes, aviser l'infirmière selon la trajectoire établie					
Paramètres	Date (aaaa/mm/jj)				
	Heure (hh:mm)				
Tension artérielle	/	/	/	/	/
Pouls	/minute	/minute	/minute	/minute	/minute
Température	°C	°C	°C	°C	°C
Saturométrie	%	%	%	%	%
Changement dans l'état de conscience					
Inconscient	<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
Plus endormi	<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
Incapable de répondre aux questions	<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
Difficulté à parler	<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
Douleur nouvelle ou augmentée	<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
Étourdissements ou changement dans son équilibre	<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
Maux de tête	<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
Nausées/vomissements	<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
Changement dans la mobilité des bras et des jambes	<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
Changement dans l'autonomie (alimentation, habillement, soins d'hygiène, etc.)	<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
Changement dans le comportement physique ou verbal (parle plus, est moins actif, se fâche facilement, etc.)	<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

Nom :

N° dossier :

Signes et symptômes à surveiller aux 8 heures (h) pour 24 h, puis 24 h plus tard ou selon les directives de l'infirmière Si vous répondez Oui à un ou plusieurs signes et symptômes, aviser l'infirmière selon la trajectoire établie					
Changement dans l'état général ou apparition de nouveaux signes et symptômes (enflure, ecchymose, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Autres éléments de surveillance _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Initiales aide-soignant					
Initiales	Signature aide-soignant		Initiales	Signature aide-soignant	
<p>Légende</p> <p>% : pourcentage CIUSSS : Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux °C : degrés Celsius</p>					
Section réservée pour la signature électronique					