



INSTALLATION : \_\_\_\_\_

### COLLECTE DE DONNÉES

#### OBSERVATIONS POST-CHUTE PAR UN AIDE-SOIGNANT EN RI-RPA-RAC<sup>1</sup>

DATE 

Année	Mois	Jour			

 de la chute

Date de naissance	Nº de dossier	Nº de chambre
Nº d'assurance maladie		
Nom à la naissance		Prénom
Adresse		
Ville	Code postal	Nº de téléphone
Nom de la mère		Prénom de la mère
Nom du père		Prénom du père
Médecin traitant		

Heure de constat de la chute : \_\_\_\_\_

#### INFORMATIONS SUR LA CHUTE

##### L'usager s'est cogné la tête ? (impact crânien)

- Oui  Non  
 Ne sait pas → Considérer qu'il/elle s'est cogné la tête

##### L'usager prend un anticoagulant<sup>2</sup> ? (à risque élevé ou modéré)

- Non  Oui, le(s)quel(s) :

Brève description de la chute : \_\_\_\_\_

#### SURVEILLANCE POST-CHUTE JUSQU'À L'ÉVALUATION TÉLÉPHONIQUE DE L'INFIRMIÈRE

- Impact crânien ET prend anticoagulant à haut risque :  
 Heure du départ pour l'hôpital : \_\_\_\_\_  
 Usager refuse d'aller à l'urgence, surveillance selon directives de l'infirmier(-ère)

- Impact crânien ET prend un anticoagulant :  
  - Lorsque la chute est constatée
  - Puis 30 min plus tard
  - Ensuite toutes les heures jusqu'à l'évaluation de l'infirmier(-ère) et par la suite suivre ses directives

- Sans impact crânien ET sans anticoagulant :  
  - Lorsque la chute est constatée
  - Puis 1 h plus tard et par la suite suivre les directives de l'infirmier(-ère)

#### SERVICE AVISÉ

- 911  Infirmier(-ère) de garde  811  Coordonnateur d'activité clinique

Nom de la personne avisée : \_\_\_\_\_ (En caractères d'imprimerie)

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

#### DIRECTIVES SPÉCIFIQUES DE L'INFIRMIER(-ÈRE) DE GARDE OU DU 811

#### FRÉQUENCE DE SURVEILLANCE DÉTERMINÉE PAR L'INFIRMIER(-ÈRE)

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> RI : Ressource intermédiaire. RPA : Résidence privée pour aîné(e)s. RAC : Résidence à assistance continue.

<sup>2</sup> Anticoagulants à haut risque : Coumadin (warfarine), Effient (prasugrel), Arixtra (fondaparinux), Fragmin (daltéparine), Innohep (tinzaparine), Lovenox (enoxaparin).

Anticoagulants à risque modéré : Plavix (clopidogrel), Brilinta (ticagrelor), Pradaxa (dabigatran), Eliquis (apixaban), Lixiana (édoxaban), Xarelto (rivaroxaban), Aspirine/ASA.

Nom de l'usager : \_\_\_\_\_

Nº dossier : \_\_\_\_\_

Valeurs normales - TA : 120 à 140/60 à 90 et Pouls : 60 à 100. Si hors de ces valeurs : aviser l'infirmier(-ère)							
Fréquence	1 <sup>ère</sup> fois	_____ h					
Date							
Heure							
TA							
Pouls	/ min.	/ min.	/ min.	/ min.	/ min.	/ min.	/ min.
Température	°C						

→ Si vous répondez OUI à un ou plusieurs signes/symptômes ci-dessous, aviser l'infirmier(-ère) selon votre processus habituel.

Fréquence	1 <sup>ère</sup> fois		_____ h	_____ h	_____ h	_____ h		
Observations	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
<b>Somnolence inhabituelle</b> (dort beaucoup plus, difficile à réveiller) et/ou <b>Nouvelle confusion</b> (ne reconnaît pas les personnes, parle de façon étrange)	<input type="checkbox"/>							
<b>Maux de tête</b>	<input type="checkbox"/>							
<b>Nausées/Vomissements</b>	<input type="checkbox"/>							
<b>Étourdissements ou changement au niveau de l'équilibre</b>	<input type="checkbox"/>							
<b>Difficulté à parler</b>	<input type="checkbox"/>							
<b>Douleur nouvelle ou augmentée :</b> Site : _____	<input type="checkbox"/>							
<b>Apparition d'un hématome<sup>3</sup> :</b> Site : _____	<input type="checkbox"/>							
<b>Changement dans l'état général ou comportement inhabituel ?</b> (Se fâche facilement, s'isole, etc.) et/ou <b>Changement au niveau de son autonomie</b> (alimentation, habillement, soins d'hygiène, etc.)	<input type="checkbox"/>							
<b>Apparition de nouveau(x) signe(s) et symptôme(s) :</b> (Enflure, difficulté à bouger articulation, membre, etc.)	<input type="checkbox"/>							
<b>Ajout d'éléments de surveillance précisés par l'infirmier(-ère) :</b>	<input type="checkbox"/>							
	<input type="checkbox"/>							
	<input type="checkbox"/>							
	<input type="checkbox"/>							
<b>Initiales :</b>								

Initiales	Signature	Nom (En caractères d'imprimerie)

<sup>3</sup> Bosse bleutée ou violacée.