



Date de naissance			N° de dossier	N° de chambre
Année	Mois	Jour		
N° d'assurance maladie				
Nom à la naissance			Prénom	
Adresse				
Ville		Code postal	N° de téléphone	
Nom de la mère			Prénom de la mère	
Nom du père			Prénom du père	
Médecin traitant				

INSTALLATION : _____

COLLECTE DE DONNÉES

OBSERVATIONS POST-CHUTE PAR UN AIDE-SOIGNANT EN RI-RPA-RAC¹

DATE

Année	Mois	Jour
-------	------	------

 de la chute Heure de constat de la chute : _____

INFORMATIONS SUR LA CHUTE

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

☐ Oui ☐ Non

☐ Ne sait pas → Considérer qu'il/elle s'est cogné la tête

L'utilisateur prend un anticoagulant² ? (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 : ____
aaaa mm jj

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

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

▪	
▪	
▪	
▪	

FDCU-ZZ-026

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

² 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 : _____

N° 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 ^{ère} fois	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ 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 ^{ère} fois		_____ h		_____ h		_____ h		_____ h	
Observations	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Somnolence inhabituelle (dort beaucoup plus, difficile à réveiller) et/ou Nouvelle confusion (ne reconnaît pas les personnes, parle de façon étrange)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausées/Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Étourdissements ou changement au niveau de l'équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté à parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur nouvelle ou augmentée : Site : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparition d'un hématome³ : Site : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Changement dans l'état général ou comportement inhabituel ? (Se fâche facilement, s'isole, etc.) et/ou Changement au niveau de son autonomie (alimentation, habillement, soins d'hygiène, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparition de nouveau(x) signe(s) et symptôme(s) : (Enflure, difficulté à bouger articulation, membre, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ajout d'éléments de surveillance précisés par l'infirmier(-ère) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Initiales :										

Initiales	Signature	Nom (En caractères d'imprimerie)

³ Bosse bleutée ou violacée.