



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 : _____

Date de naissance	Année	Mois	Jour	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					

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 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 : _____ / _____ / _____
aaaa mm jj Heure : _____

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

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 : _____

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 ^{ère} 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 ^{ère} fois		_____ h	_____ h	_____ h	_____ h		
Observations	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"/>							
Maux de tête	<input type="checkbox"/>							
Nausées/Vomissements	<input type="checkbox"/>							
Étourdissements ou changement au niveau de l'équilibre	<input type="checkbox"/>							
Difficulté à parler	<input type="checkbox"/>							
Douleur nouvelle ou augmentée : Site : _____	<input type="checkbox"/>							
Apparition d'un hématome³ : Site : _____	<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"/>							
Apparition de nouveau(x) signe(s) et symptôme(s) : (Enflure, difficulté à bouger articulation, membre, etc.)	<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"/>							
Initiales :								

Initiales	Signature	Nom (En caractères d'imprimerie)					

³ Bosse bleutée ou violacée.