



**COLLECTE DE DONNÉES INITIALE ET
SUIVI POSTCHUTE**

Date : AAAA-MM-JJ

Heure : HH : MM

COLLECTE DE DONNÉES INITIALE

Histoire de la chute :

Signes vitaux : Compléter le formulaire spécifique (tension artérielle, pouls, respiration, saturation, température)

| | |
|--|--|
| Rempir cette section si présomption d'impact ou impact crânien | Compléter le formulaire spécifique des signes neurologiques <input type="checkbox"/> Requis <input type="checkbox"/> Non requis |
| | Nausée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Vomissement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| | Écoulement liquide clair : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, spécifier le site : <input type="checkbox"/> Oreille Droite <input type="checkbox"/> Oreille Gauche <input type="checkbox"/> Bouche <input type="checkbox"/> Nez |
| | Écoulement de sang : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, spécifier le site : <input type="checkbox"/> Oreille Droite <input type="checkbox"/> Oreille Gauche <input type="checkbox"/> Bouche <input type="checkbox"/> Nez |

Céphalée : Oui Non Nausée : Oui Non Vomissement : Oui Non

Douleur : Oui Non Endroit : _____ Intensité : _____

Alignement des membres : Normal Anormal Déformation d'un membre : Oui Non

Mobilité des membres : Normale Anormale Suspicion de fracture : Oui Non

Plaie : Oui Non Hématome : Oui Non

Abrasion : Oui Non Rougeur : Oui Non

Ecchymose : Oui Non Oedème : Oui Non

NOTE D'OBSERVATION COMPLÉMENTAIRE

Rapport de déclaration d'incident/accident complété Plan thérapeutique infirmier (PTI) : Élaboré Ajusté

Infirmière avisée : Date : AAAA-MM-JJ

Signature de l'infirmière auxiliaire : Date : AAAA-MM-JJ

Signature de l'infirmière : Date : AAAA-MM-JJ

Nom :

Prénom :

N° dossier :

| SUIVI 48 HEURES POSTCHUTE | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Pour tous les paramètres identifiés d'un *, une note d'observation complémentaire détaillée est obligatoire. | | | | | |
| Paramètres de surveillance | Aux 8 h x 24 h Date/Heures de suivi prévues _____ | | | | Une fois 24 h plus tard |
| | Date : AAAA-MM-JJ | | | | |
| | Heure : HH : MM | | | | |
| Changement dans l'état mental | Oui* | | | | |
| | Non | | | | |
| Douleur | Oui* | | | | |
| | Non | | | | |
| Mobilité des membres | Normale | | | | |
| | Anormale* | | | | |
| Hématome | Oui* | | | | |
| | Non | | | | |
| Céphalée | Oui* | | | | |
| | Non | | | | |
| Signes vitaux | Remplir le formulaire spécifique. | | | | |
| Initiales | | | | | |
| SI PRÉSUMPTION OU IMPACT CRÂNIEN | | | | | |
| S'il y a impact crânien ou présomption d'impact, les paramètres cliniques énumérés ci-dessus sont évalués selon la fréquence indiquée. Pour tous les paramètres identifiés d'un *, une note d'observation complémentaire est obligatoire. | | | | | |
| Paramètres de surveillance | Aux 8 h x 24 h Date/Heures prévues _____ | | | | Une fois 24 h plus tard |
| | Oui* | | | | |
| | Non | | | | |
| Nausée | Oui* | | | | |
| | Non | | | | |
| Vomissement | Oui* | | | | |
| | Non | | | | |
| Initiales | | | | | |
| Signes neurologiques | Compléter les signes neurologiques sur le formulaire spécifique. | | | | |
| | Aux 15 min x 1 h Date/Heures prévues _____ | | | | |
| | 1 h plus tard | Date/Heure prévue _____ | | | |
| | Aux 2 h x 4 h | Date/Heures prévues _____ | | | |
| | Aux 4 h x 24 h | Date/Heures prévues _____ | | | |
| Signature de l'intervenant : | Initiales | Signature de l'intervenant | Initiales | Signature de l'intervenant | Initiales |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |