

**COLLECTE DE DONNÉES ET INTERVENTIONS
POSTCHUTE DANS LA COMMUNAUTÉ
AIDE-SOIGNANT/INTERVENANT**

Date de la chute : AAAA-MM-JJ		Heure : HH:MM	
Circonstances de la chute :			
A. Collecte de données avant de relever l'utilisateur : Si vous cochez « oui » à l'un des énoncés suivants ou si l'utilisateur est incapable de se relever seul, appelez le service 911 ou appliquer les modalités établies dans le secteur. (Voir les interventions premiers soins au verso)			
1. Alignement anormal des membres (ex. : genou désaligné)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, à quel endroit?
2. Présence de douleur intense	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui à quel endroit?
3. Déformation des membres (ex. : bosse anormale le long de l'os)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, à quel endroit?
4. Diminution importante de la mobilité d'un membre/incapacité à bouger	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, quel membre bouge moins bien?
5. Plaie profonde qui saigne beaucoup	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, à quel endroit?
6. Perte de conscience	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
7. Présence de nausée/vomissement suite à la chute	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
8. Maux de tête intenses et/ou qui augmentent	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, où se situe la douleur?
9. Présence d'ecchymose (bleu) à la tête	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
10. Présence de sang ou de liquide clair dans les oreilles, le nez ou la bouche	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, quel liquide et à quel endroit?
B. Observation après avoir relevé l'utilisateur : Si vous cochez un « oui », contactez le personnel infirmier/responsable selon les modalités établies du secteur ou Info-Santé 811, si vous cochez « non » avisez le responsable désigné.			
L'aide-soignant collecte les données suivantes, ainsi que l'intervenant si celui-ci est habilité. Lecture de la tension artérielle (TA) : _____ / _____ Lecture du pouls : _____/min Température : _____ Si diabétique, prendre la glycémie capillaire _____ mmol/L			
Présence d'une petite plaie (premiers soins au verso)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, décrivez :
Étourdissement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Somnolence inhabituelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Changement de comportement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Précisez le comportement :
<input type="checkbox"/> Rapport d'incident/accident rempli		<input type="checkbox"/> Divulgateur faite	
<input type="checkbox"/> Responsable avisé : Nom et prénom : _____			
<input type="checkbox"/> Infirmière avisée : Nom et prénom : _____			Heure : _____ HH:MM
Service contacté : <input type="checkbox"/> Service 911		<input type="checkbox"/> Ligne RI-RPA (soutien infirmier)	
<input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____		<input type="checkbox"/> Info-Santé 811	
			Heure : _____ HH:MM
Signature de l'aide soignant/intervenant : _____		Date : _____ AAAA-MM-JJ	
		Heure : _____ HH:MM	

Nom :

Prénom :

N° dossier :

C. Suivi et surveillance suite à la chute pendant 48 heures (selon les directives infirmières)

	1 h après la chute	Aux 8 h X 24 h			24 h après le dernier suivi
Date : AAAA-MM-JJ					
Heure : HH:MM					

L'aide-soignant collecte les données ainsi que l'intervenant si celui-ci est habilité.

Tension artérielle TA) et pouls (Pls) (résultats)	TA : _____ Pls : _____	TA : _____ Pls : _____	TA : _____ Pls : _____	TA : _____ Pls : _____	TA : _____ Pls : _____
Nausée/vomissement	<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 intenses et qui augmentent	<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
Étourdissement	<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
Somnolence inhabituelle	<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 de comportement	<input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Confus <input type="checkbox"/> Cherche ses mots	<input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Confus <input type="checkbox"/> Cherche ses mots	<input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Confus <input type="checkbox"/> Cherche ses mots	<input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Confus <input type="checkbox"/> Cherche ses mots	<input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Confus <input type="checkbox"/> Cherche ses mots
Apparition d'une rougeur, ecchymose (bleu), enflure	<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 inhabituelle	<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
Nouvelle difficulté à la marche	<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, Prénom					
Signature					
Titre d'emploi					
<p>Si vous répondez oui à un ou à plusieurs symptômes, contactez le personnel infirmier ou le responsable désigné selon les modalités établies dans votre secteur. En cas d'urgence, contacter le service 911.</p> <p><input type="checkbox"/> Infirmière/responsable avisée : Nom, Prénom : _____ <input type="checkbox"/> Service 911</p> <p>Signature de l'aide-soignant/l'intervenant : _____ Titre d'emploi : _____</p> <p>Date : _____ Heure : _____</p> <p style="text-align: center;">AAAA-MM-JJ HH:MM</p>					

Comment relever l'usager :

- Si l'usager peut se tenir sur ses jambes et n'a pas de douleur, le guider pour qu'il se relève doucement et progressivement.
- Si l'usager ne peut pas se tenir sur ses jambes ou dit qu'il a de la douleur, appeler le service 911 ou le professionnel désigné.
- Si l'usager est dans une position où les manipulations sont difficiles, glisser un drap sous l'usager et le déplacer (par le personnel habilité).

Une petite plaie qui saigne peu : Laver délicatement la plaie à l'eau et au savon doux durant quelques minutes, puis appliquer un pansement sec (compresses).

Une plaie qui saigne beaucoup : Faire une pression sur la plaie avec un linge propre durant quelques minutes et garder le membre élevé jusqu'à l'arrivée du professionnel habilité.

S'il pouvait y avoir une fracture : Immobiliser le membre et demander à l'usager de ne pas bouger.

Une ecchymose (bleu), enflure ou douleur : Appliquer un sac de glace enveloppé dans une serviette ou des compresses humides froides durant 15 minutes toutes les 2 heures, au besoin, généralement pendant 48-72 heures après la chute.

Tiré de la RPP-15-013 *Suivi auprès d'un usager ayant chuté dans les services offerts dans la communauté*

ciusssmcq.ca/telechargement/623/abreviations-approuvees-par-le-cmdp/