

Analyse du risque de chute

Conseil: si une question n'est pas pertinente, tracez-la pour que l'on sache que vous avez traité ce point.

Thème (quoi)	Examen (comment)	Réponse	Visa / date
Mobilité / équilibre:	<ul style="list-style-type: none"> Le résident a-t-il des difficultés à rester en équilibre ou a-t-il des problèmes de mobilité (p. ex. démarche mal assurée, s'appuie contre les parois, petits pas lents)? 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	
	<ul style="list-style-type: none"> A-t-il des difficultés avec les transferts (p. ex. de la chaise roulante aux toilettes, se lever du lit, s'asseoir sur la chaise)? 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	
	<ul style="list-style-type: none"> A-t-il peur des chutes? 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	
Troubles cognitifs / délire:	<ul style="list-style-type: none"> Le résident souffre-t-il de troubles cognitifs, est-il désorienté ou agité? 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	
	<ul style="list-style-type: none"> Est-il plus confus que d'habitude? 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	
	<ul style="list-style-type: none"> A-t-il une estimation de soi qui est faussée? 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	
	<ul style="list-style-type: none"> A-t-il ses repères dans son environnement? 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	
Antécédents de chute:	<ul style="list-style-type: none"> Le résident est-il déjà tombé? 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	<ul style="list-style-type: none"> Si oui, combien de fois, quelles en étaient les causes? 		
	<ul style="list-style-type: none"> Quelles étaient les conséquences des chutes? 		
Médicaments:	<ul style="list-style-type: none"> Le résident prend-il actuellement quatre médicaments ou plus? 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	<ul style="list-style-type: none"> Prend-il un médicament des catégories suivantes: hypnotiques et sédatifs, antidépresseurs, antipsychotiques, antihypertenseurs, diurétiques, antiparkinsoniens? 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	<ul style="list-style-type: none"> Y a-t-il eu récemment un changement de la médication qui pourrait influencer sur le risque de chute? 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Continence:	<ul style="list-style-type: none"> Le résident a-t-il des problèmes de continence qui pourraient accroître le risque de chute (p. ex. changement de l'excrétion, incontinence, mictions fréquentes, incontinence par impériosité, diarrhée)? 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	

Chaussures et santé des pieds:	▪ Les chaussures/semelles sont-elles inadaptées?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie
	▪ Le résident a-t-il des problèmes aux pieds (p. ex. ongles incarnés, infections, douleurs, troubles de la sensibilité)?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie
Vertiges / évanouissements / problèmes cardiaques:	▪ Le résident a-t-il des vertiges debout?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie
	▪ A-t-il la sensation que la pièce tourne quand il bouge la tête ou le corps?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie
	▪ A-t-il des évanouissements?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie
	▪ A-t-il des palpitations?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie
	▪ A-t-il un problème orthostatique (baisse de tension en se levant)?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie
Vue / ouïe:	▪ Le résident souffre-t-il de troubles visuels?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	▪ Le résident souffre-t-il de troubles auditifs?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	▪ Porte-t-il des lunettes?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	▪ Porte-t-il une prothèse auditive?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Environnement:	▪ L'environnement est-il sûr et adapté aux besoins de la personne?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie
Mauvaise alimentation / manque de vitamine D:	▪ Le résident a-t-il perdu du poids sans le vouloir ou a-t-il peu d'appétit?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	▪ Son poids est-il insuffisant?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	▪ Passe-t-il peu de temps à l'extérieur à la lumière du soleil?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	▪ Le taux de vitamine D est-il inférieur à 75 nmol/l?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Santé osseuse:	▪ Le résident souffre-t-il d'ostéoporose ou y a-t-il des facteurs de risque d'ostéoporose?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non