

Instructions pour l'entretien professionnel

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

Personnes impliquées:	Equipe soignante du résident, évent. personne de référence ou autres personnes de l'équipe d'encadrement (physio, médecin de famille, etc.), (évent. résident)			
Durée:	30 à 60 minutes			
Rôle du responsable thématique / médiateur:	Contrôler le temps, poser des questions, fixer les étapes, s'occuper du début et de la fin, tenir compte des règles générales en lien avec la présidence de séance			
Etape du processus	Questions	Réponse	Notes	
Description de la chute	La chute et les antécédents sont décrits par un infirmier/une personne de référence et/ou à l'aide du procès-verbal de chute.			
Complément / questions	Les autres participants à l'entretien professionnel posent des questions de compréhension.			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Y a-t-il encore des questions en suspens? (résident, témoin de la chute, etc.) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ▪ Si oui, noter les questions. 			
Analyse de la situation (noter les points principaux)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Est-ce la première fois que ce résident fait une chute? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ▪ Pourquoi est-il tombé? (causes) ▪ Le risque de chute était-il connu? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ▪ Avait-on pris des mesures de précaution? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ▪ Lesquelles? <input type="checkbox"/> non ▪ Les mesures de précaution sont-elles documentées? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ▪ Y a-t-il une planification des soins, que comporte-t-elle? <input type="checkbox"/> non ▪ Le résident et l'équipe en ont-ils connaissance? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ▪ Les mesures étaient-elles adaptées à la situation? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ▪ Aurait-on pu éviter cette chute? (ce n'est pas toujours le cas) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non 			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles sont les ressources disponibles? ▪ Noter les points principaux 			
	Ebauches de solution	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comment éviter à l'avenir les chutes de ce résident? ▪ Que faut-il changer pour que le résident ne fasse plus de chute? ▪ Qui doit mettre en place/en œuvre ces changements? ▪ Noter les solutions 		
	Evaluation des solutions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles solutions sont réalisables? ▪ L'équipe soignante peut-elle appliquer les solutions? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ▪ Si non, qui faut-il y associer? ▪ Qu'implique la mise en place des mesures pour le résident? ▪ Supprimer les solutions irréalistes (avec justification) 		

Mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que faut-il faire pour concrétiser les mesures de prophylaxie des chutes? 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qui discute des mesures avec le résident, les proches, les autres services? 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qui documente les mesures discutées? 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Répartir les tâches 	
Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qu'avons-nous appris de ce cas? 	
Chaussures et santé des pieds:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les chaussures/semelles sont-elles inadaptées? 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le résident a-t-il des vertiges debout? 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A-t-il des évanouissements? 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A-t-il des palpitations? 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le résident souffre-t-il de troubles visuels? 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le résident souffre-t-il de troubles auditifs? 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Porte-t-il des lunettes? 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Porte-t-il une prothèse auditive? 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Environnement:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Son poids est-il insuffisant? 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Passe-t-il peu de temps à l'extérieur à la lumière du soleil? 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le taux de vitamine D est-il inférieur à 75 nmol/l? 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Santé osseuse:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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