

Installation : _____

Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : _____ F M
 aaaa-mm-jj
 NAM : _____ Exp. _____
 aaaa-mm
 Nom, Prénom de la mère : _____

**REPÉRAGE DU RISQUE DE CHUTE
CLIENTÈLE AMBULATOIRE 65 ANS ET PLUS**

Questions pour l'utilisateur	Oui	Non
1. Avez-vous fait une ou plusieurs chute(s) au cours de la dernière année ? Combien de chute(s) avez-vous fait(s) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous de la difficulté à marcher ou des troubles d'équilibre ? Détaillez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous peur de tomber ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaire(s) :

Complété par : _____ Date : AAAA-MM-JJ
 (nom en lettres moulées)

SVP, remettre le formulaire à l'intervenant

Suivi à faire par l'intervenant
Si la réponse est positive à deux questions ou plus : <ul style="list-style-type: none"> • Aviser l'utilisateur de communiquer avec son médecin traitant • Remettre à l'utilisateur le dépliant relié à la prévention de chutes

Signature et titre de l'intervenant : _____ Date : AAAA-MM-JJ