

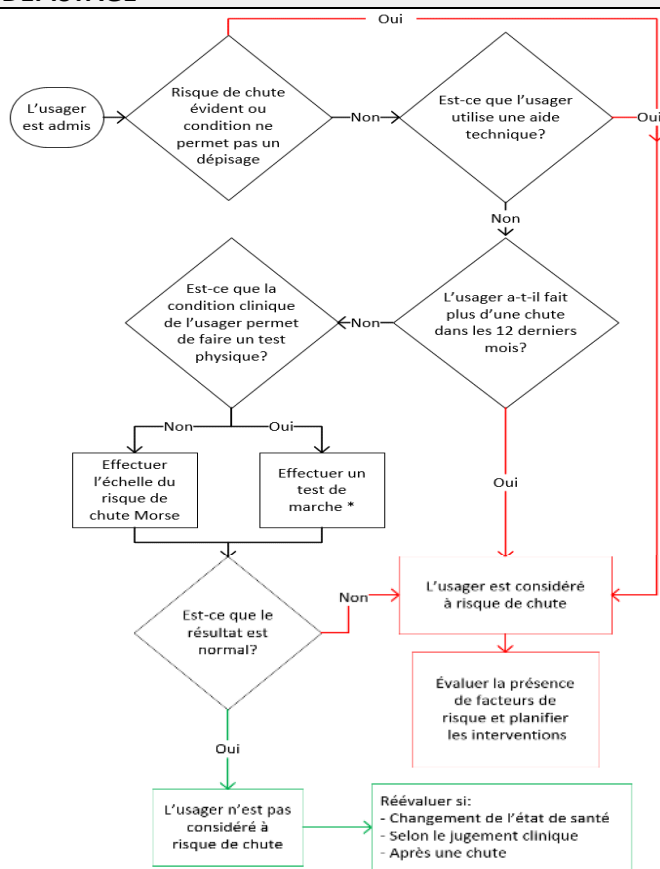
Installation : _____

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

DÉPISTAGE ET ÉVALUATION RISQUE DE CHUTE

Date : aaaa/mm/jj Heure : _____ ☐ Admission ☐ Suivi

DÉPISTAGE



*Se référer au portrait fonctionnel ou évaluation des déplacements par un professionnel en physiothérapie lorsque disponible

CONSTAT

- ☐ Risque de chute évident → (verso)
☐ Condition de l'utilisateur ne permet pas de dépister → (verso)

PRÉSENCE D'UNE AIDE TECHNIQUE

☐ Non ☐ Oui

CHUTE DANS LES 12 DERNIERS MOIS ?

☐ Non ☐ Oui, une seule chute ☐ Oui, deux chutes ou plus

TESTS EFFECTUÉS

- ☐ Test de marche ☐ Échelle de chutes Morse
☐ Autre test effectué : _____
☐ Portrait fonctionnel en physiothérapie

TEST DE MARCHÉ DE TYPE TALON-ORTEIL (Contre-indication prothèse totale de hanche)

- ☐ Normal (10 pas sans perte d'équilibre) : aucun risque de chute
☐ Anormal (9 pas et moins ou perte d'équilibre) : risque de chute

ÉCHELLE DE CHUTES MORSE

	POINTAGE	RÉSULTAT
1. L'utilisateur a-t-il des antécédents de chutes ?	☐ Non 0 ☐ Oui 25	
2. L'utilisateur a-t-il plus d'un diagnostic médical au dossier ?	☐ Non 0 ☐ Oui 15	

3. L'utilisateur utilise-t-il une aide à la marche ?

Aucune / repos lit / aide infirmière	☐ Oui 0	
Béquilles / canne / marchette	☐ Oui 15	
Appui sur les meubles	☐ Oui 30	

4. L'utilisateur est-il contraint par du matériel de soins (ex. sonde)?

☐ Non 0 ☐ Oui 20	
---	--

5. Décrire la démarche et les transferts de l'utilisateur

Normale / repos lit / immobile	☐ Oui 0	
Limitée (petits pas)	☐ Oui 10	
Perturbée (perte d'équilibre, difficulté à se lever d'une chaise)	☐ Oui 20	

6. Jugement de l'utilisateur pour répondre à la question : Avez-vous la capacité de marcher seul ?

L'utilisateur juge adéquatement ses propres capacités	☐ Oui 0	
L'utilisateur surestime ses capacités ou oublie ses limites	☐ Oui 15	

TOTAL

Niveau de risque	Aucun risque	Risque de chute
Pointage échelle Morse	0-24	25-125
Recommandations	Aucune	Interventions reliées aux facteurs de risque individuels

Signature et titre _____ Date _____

L'USAGER EST À RISQUE DE CHUTE ☐ Non ☐ Oui → (verso)

Signature de l'infirmière ou du professionnel autorisé _____ Date _____

Nom :

Prénom :

#Dossier :

SI RISQUE DE CHUTE, ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE (Consulter l'aide-mémoire AMC-DSIEU-6009)				
FACTEURS DE RISQUE	PRÉSENT	ABSENT	PLAN D'INTERVENTIONS	RÉFÉRENCE À UN PROFESSIONNEL
<i>Quelques exemples de facteurs de risque ont été indiqués pour aider à guider les interventions</i>				
BIOLOGIQUE/INTRINSÈQUE				
Capacité motrice Arthrite, ostéoporose, arthrose, faiblesse musculaire, perte d'équilibre, altération de l'amplitude des mouvements, difficulté dans les transferts, déformation pied	☐	☐	☐ PTI ☐ PID :	
Cardiovasculaire Hypotension orthostatique, trouble du rythme et de conduction	☐	☐	☐ PTI ☐ PID :	
Déficit ou trouble de la vision	☐	☐	☐ PTI ☐ PID :	
Déficit ou trouble auditif	☐	☐	☐ PTI ☐ PID :	
Élimination Incontinence urinaire, urgence mictionnelle	☐	☐	☐ PTI ☐ PID :	
Maladie aiguë Fièvre, Infection	☐	☐	☐ PTI ☐ PID :	
Neurologique AVC, épilepsie, parkinson, sclérose en plaque	☐	☐	☐ PTI ☐ PID :	
Santé mentale Dépression	☐	☐	☐ PTI ☐ PID :	
Trouble neurocognitif et autre trouble cognitif Délirium	☐	☐	☐ PTI ☐ PID :	
COMPORTEMENTAUX				
Aide technique Utilisation d'une aide à la marche	☐	☐	☐ PTI ☐ PID :	
Consommation Alcool, cannabis, autres drogues	☐	☐	☐ PTI ☐ PID :	
Dénutrition et déficit en vitamine D	☐	☐	☐ PTI ☐ PID :	
Médicaments Plus de 4 médicaments, mauvaise utilisation des médicaments	☐	☐	☐ PTI ☐ PID :	
Sommeil	☐	☐	☐ PTI ☐ PID :	
ENVIRONNEMENTAUX / EXTRINSÈQUES				
Équipement ou matériel de soins	☐	☐	☐ PTI ☐ PID :	
Mesures de contrôle	☐	☐	☐ PTI ☐ PID :	
Risque dans l'environnement physique	☐	☐	☐ PTI ☐ PID :	
SOCIAUX-ÉCONOMIQUE				
Analphabétisme ou barrière de langage	☐	☐	☐ PTI ☐ PID :	
Isolement ou soutien familial insuffisant	☐	☐	☐ PTI ☐ PID :	

PID = Plan d'intervention disciplinaire : préciser le type de professionnel

Notes d'observation : _____ _____ _____

Signature et titre du professionnel : _____	Date : ____/____/____
---	-----------------------