

Installation : \_\_\_\_\_

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
AAAA-MM-JJ

NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
AAAA-MM

Nom de la mère : \_\_\_\_\_

## ÉVALUATION INITIALE ET SURVEILLANCE POSTCHUTE

Consignes : Évaluation initiale à compléter par infirmière

| ÉVALUATION INITIALE                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                     |                                                                                |                                                                                                    |                                                |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---|
| DATE DE LA CHUTE                                                                                                                                                                                                                                                             | aaaa/mm/jj                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | HEURE DE LA CHUTE                                                                                                                                                                   | hh:mm                                                                          | <input type="checkbox"/> Réelle <input type="checkbox"/> Estimée <input type="checkbox"/> Inconnue | HEURE DE L'ÉVALUATION<br>hh:mm                 |   |
| ÉTAT                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Alerte <input type="checkbox"/> Non alerte                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | SIGNES VITAUX<br>Tension artérielle, pouls, fréquence respiratoire, saturation :<br>Inscrire sur « Formulaire signes vitaux »                                                       |                                                                                |                                                                                                    |                                                |   |
| DOULEUR                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (localiser sur l'image par un D) Intensité ____ / 10<br>Description :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                     |                                                                                |                                                                                                    |                                                |   |
| PLAIE / LACÉRATION                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (localiser sur l'image par un P)<br>Description et dimension :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                     |                                                                                |                                                                                                    |                                                |   |
| HÉMATOME / ECCHYMOSE                                                                                                                                                                                                                                                         | Prise d'anticoagulants <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (voir surveillance au verso) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (localiser au schéma par un H ou E) <input type="checkbox"/> Délimitation<br>Description et dimension :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                     |                                                                                |                                                                                                    |                                                |   |
| MEMBRES                                                                                                                                                                                                                                                                      | DÉFORMATION <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> MSG <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MIG <input type="checkbox"/> MID Description :<br>ALIGNEMENT <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> MSG <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MIG <input type="checkbox"/> MID Description :<br>MOBILITÉ <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> MSG <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MIG <input type="checkbox"/> MID Description :<br>Légende : MS : Membre Supérieur MI : Membre Inférieur G : Gauche D : Droit |                                                                                                                                                                                     |                                                                                |                                                                                                    |                                                |   |
| CONTEXTE AVANT LA CHUTE (PQRSTU)                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                     |                                                                                |                                                                                                    |                                                |   |
| Description selon l'usager : _____                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                     |                                                                                |                                                                                                    |                                                |   |
| Symptômes selon l'usager : _____                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                     |                                                                                |                                                                                                    |                                                |   |
| SI CONSTAT OU PRÉSUMPTION D'IMPACT CRÂNIEN                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                     |                                                                                |                                                                                                    |                                                |   |
| Consignes : Absence de témoin lors de la chute ou usager non fiable, l'usager ne peut pas confirmer l'absence d'impact crânien, l'usager présente une altération de l'état de conscience<br>Légende : En l'absence de collaboration de l'usager, utiliser le symbole : « Ø » |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                     |                                                                                |                                                                                                    |                                                |   |
| PUPILLES                                                                                                                                                                                                                                                                     | Diamètre (en mm)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | GAUCHE                                                                                                                                                                              |                                                                                | OUVERTURE DES YEUX                                                                                 | Spontanée                                      | 4 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                              | Réaction :<br>Rapide (R) Lente (L) Fixe (F)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | GAUCHE                                                                                                                                                                              |                                                                                |                                                                                                    | À la parole                                    | 3 |
| MYOSIS                                                                                                                                                                                                                                                                       | NORMAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | MYDRIASE                                                                                                                                                                            | DROITE                                                                         | RÉPONSE VERBALE                                                                                    | À la douleur                                   | 2 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                     |                                                                                |                                                                                                    | Absence                                        | 1 |
| FORCE MUSCULAIRE                                                                                                                                                                                                                                                             | 5 = Lève le membre contre une résistance maximale<br>4 = Lève le membre contre une légère résistance<br>3 = Lève le membre sans résistance<br>2 = Mouvement sans élever le membre<br>1 = Contraction sans mouvement<br>0 = Absence                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | MSG                                                                                                                                                                                 |                                                                                | RÉPONSE MOTRICE                                                                                    | Orientée (temps / espace / personne)           | 5 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | MSD                                                                                                                                                                                 |                                                                                |                                                                                                    | Confuse (désorientation dans minimum 1 sphère) | 4 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | MIG                                                                                                                                                                                 |                                                                                |                                                                                                    | Inappropriée                                   | 3 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | MID                                                                                                                                                                                 |                                                                                |                                                                                                    | Incompréhensible                               | 2 |
| AUTRES SIGNES ET SYMPTÔMES                                                                                                                                                                                                                                                   | Céphalée : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<br>Nausées : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<br>Vomissements : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<br>Sang ou liquide clair Nez Bouche Oreilles } <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | 3 = Coma; 4 à 8 = État comateux; 9 à 14 = État réduit<br>JUSTIFIER AU BESOIN : | TOTAL :<br>(3 à 15 / 15)                                                                           | Absence                                        | 1 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                     |                                                                                |                                                                                                    | Obéit aux directives                           | 6 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                     |                                                                                |                                                                                                    | Localise la douleur                            | 5 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                     |                                                                                |                                                                                                    | Retrait à la douleur                           | 4 |
| Décortication  3<br>Décérébration  2<br>Absence 1                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                     |                                                                                |                                                                                                    |                                                |   |
| <input type="checkbox"/> Note d'observation au dossier<br><input type="checkbox"/> Rapport d'incident / d'accident # _____<br><input type="checkbox"/> Constats et directives au PTI                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                     |                                                                                |                                                                                                    |                                                |   |
| Signature de l'infirmière : _____                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                     |                                                                                |                                                                                                    |                                                |   |

Nom :

Prénom :

# Dossier :

Consignes : Surveillance à compléter par infirmière ou infirmière auxiliaire

| SURVEILLANCE CLINIQUE                                      |      |             |                                                                                                                                      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|------------------------------------------------------------|------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| FRÉQUENCE DE SURVEILLANCE                                  |      |             | Au minimum : q 8h X 24h et 24h plus tard<br>♦ si anticoagulant, augmenter la surveillance selon le jugement clinique de l'infirmière |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| DATE :                                                     | aaaa | MOIS/JOUR : | mm/jj                                                                                                                                | mm/jj                    | mm/jj                    | mm/jj                    | mm/jj                    | mm/jj                    | mm/jj                    | mm/jj                    | mm/jj                    | mm/jj                    | mm/jj                    | mm/jj                    |
| HEURE :                                                    |      |             | hh :mm                                                                                                                               | hh :mm                   | hh :mm                   | hh :mm                   | hh :mm                   | hh :mm                   | hh :mm                   | hh :mm                   | hh :mm                   | hh :mm                   | hh :mm                   | hh :mm                   |
| Signes vitaux                                              |      |             | Tension artérielle, pouls, fréquence respiratoire, saturation : Inscrire sur « Formulaire signes vitaux »                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| Changement de l'état mental <u>Qui</u> / <u>Non</u>        |      |             |                                                                                                                                      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| Changement de l'état de conscience <u>Qui</u> / <u>Non</u> |      |             |                                                                                                                                      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| Changement de comportement <u>Qui</u> / <u>Non</u>         |      |             |                                                                                                                                      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| Présence de douleur <u>Qui</u> / <u>Non</u>                |      |             |                                                                                                                                      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| Mobilité normale <u>Qui</u> / <u>Non</u>                   |      |             |                                                                                                                                      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| Hématome ♦ <u>Qui</u> / <u>Non</u>                         |      |             |                                                                                                                                      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| Saignement ♦ <u>Qui</u> / <u>Non</u>                       |      |             |                                                                                                                                      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| Note d'observation au dossier                              |      |             | <input type="checkbox"/>                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| INITIALES :                                                |      |             |                                                                                                                                      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |

| SURVEILLANCE SI CONSTAT OU PRÉSUMPTION D'IMPACT CRÂNIEN |                                                   |             |                                                                                                                                                                                            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| FRÉQUENCE MINIMALE DE SURVEILLANCE :                    |                                                   |             | Si résultats <b>normaux</b> : q 15 min. X 3; q 1h X 1; q 2h X 1; q 4h X 5; q 8h X 3<br>Si résultats <b>anormaux</b> : q 15 min. ad l'évaluation médicale (ou plus rapprochée selon l'état) |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| DATE :                                                  | aaaa                                              | MOIS/JOUR : | mm/jj                                                                                                                                                                                      | mm/jj  | mm/jj  | mm/jj  | mm/jj  | mm/jj  | mm/jj  | mm/jj  | mm/jj  | mm/jj  | mm/jj  | mm/jj  |
| HEURE :                                                 |                                                   |             | hh :mm                                                                                                                                                                                     | hh :mm | hh :mm | hh :mm | hh :mm | hh :mm | hh :mm | hh :mm | hh :mm | hh :mm | hh :mm | hh :mm |
| PUPILLES                                                | Diamètre (en mm)                                  | GAUCHE      |                                                                                                                                                                                            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|                                                         |                                                   | DROITE      |                                                                                                                                                                                            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|                                                         | Réaction :<br>Rapide (R) Lent (L) Fixe (F))       | GAUCHE      |                                                                                                                                                                                            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|                                                         |                                                   | DROITE      |                                                                                                                                                                                            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| FORCE MUSCULAIRE                                        | 5 = Lève le membre contre une résistance maximale | MSG         |                                                                                                                                                                                            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|                                                         | 4 = Lève le membre contre une légère résistance   | MSD         |                                                                                                                                                                                            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|                                                         | 3 = Lève le membre sans résistance                |             |                                                                                                                                                                                            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|                                                         | 2 = Mouvement sans élever le membre               | MIG         |                                                                                                                                                                                            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|                                                         | 1 = Contraction sans mouvement                    |             |                                                                                                                                                                                            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| ÉCHELLE DE GLASGOW                                      | Ouverture des yeux (1 à 4 / 4)                    |             |                                                                                                                                                                                            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|                                                         | Réponse verbale (1 à 5 / 5)                       |             |                                                                                                                                                                                            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|                                                         | Réponse motrice (1 à 6 / 6)                       |             |                                                                                                                                                                                            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|                                                         |                                                   |             |                                                                                                                                                                                            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| Céphalée <u>Qui</u> / <u>Non</u>                        |                                                   |             |                                                                                                                                                                                            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| Nausées <u>Qui</u> / <u>Non</u>                         |                                                   |             |                                                                                                                                                                                            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| Vomissements <u>Qui</u> / <u>Non</u>                    |                                                   |             |                                                                                                                                                                                            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| INITIALES :                                             |                                                   |             |                                                                                                                                                                                            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |

| INITIALES | SIGNATURE ET TITRE | INITIALES | SIGNATURE ET TITRE | INITIALES | SIGNATURE ET TITRE |
|-----------|--------------------|-----------|--------------------|-----------|--------------------|
|           |                    |           |                    |           |                    |
|           |                    |           |                    |           |                    |
|           |                    |           |                    |           |                    |