

DOSSIER MEDICAL

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° de chambre :

Fiche de chute

9

*Cette fiche est à remplir systématiquement pour toutes les chutes. Elle doit être transmise à l'IDEC.
Elle ne remplace pas la transmission ciblée*

Date de la chute :

Nom de la personne ayant constaté la chute :

Fonction :

Famille présente au moment de la chute : oui non

LE RESIDENT

Etat fébrile

température corporelle :

Etat d'agitation

Malaise

Portait-il : des chaussures des chaussons pieds nus

Le résident utilise-t-il une aide technique pour se déplacer ? Oui non

Si oui laquelle : canne déambulateur canne anglaise autre

Si oui cette aide technique était-elle utilisée au moment de la chute ? Oui non

Si le résident porte habituellement des lunettes, les portait-il au moment de la chute: oui non

L'ENVIRONNEMENT

Heure de la chute :

lieu de la chute :

Perte d'équilibre (lors de déambulation, ou en se levant du lit ou d'une chaise)

Chute du lit

Autres circonstances.....

Un obstacle est-il cause de la chute ? Oui non

Si oui lequel.....

Sol humide

Problème d'éclairage

CONSEQUENCES

Douleurs.....

Perte de conscience

Contusions.....

Pas de mal apparent

Plaies

TRANSMISSIONS

Infirmière prévenue

Médecin traitant prévenu

Famille prévenue

Appel du 15

ACTIONS

Tension artérielle Pouls

Soins effectués