

**PROTOCOLE INTERDISCIPLINAIRE
DSI-PI-05**

<p><input checked="" type="checkbox"/> Ressources non-institutionnelles</p> <p>Référence au programme de prévention des chutes et d'interventions suite à une chute</p> <p>Date d'entrée en vigueur : Septembre 2012</p> <p>Date de révision : Automne 2015</p>	<p>Prévention des chutes et activités d'évaluation et de surveillance clinique de l'utilisateur ayant chuté</p>
---	--

PRÉAMBULE

Ce protocole détermine les modalités de prévention des chutes et les activités d'évaluation et de surveillance préconisées pour la clientèle ayant chuté en ressources non institutionnelles.

OBJECTIFS

- Identifier les usagers à risque de chutes avec la grille d'évaluation du risque de chutes
- Optimiser les interventions interdisciplinaires en prévention des chutes.
- Optimiser les interventions infirmières post-chute (évaluation et surveillance) immédiate de l'utilisateur.
- Élaborer un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) pour la clientèle concernée.
- Établir un plan thérapeutique infirmier (PTI) pour les usagers visés.

PROFESSIONNELS VISÉS ET AIDE-SOIGNANTS COLLABORATEURS

- Infirmières
- Infirmières auxiliaires
- Médecins
- Ergothérapeutes
- Physiothérapeutes
- Thérapeutes en réadaptation physique (TRP)
- Travailleurs sociaux
- Techniciens en travail social (TAS)
- Nutritionnistes
- Auxiliaires des services de santé et sociaux (ASSS)
- Préposés aux bénéficiaires (PAB)

CLIENTÈLE VISÉE

Les usagers âgés de 75 ans ou plus ou qui ont une condition de santé accentuant le risque de chute inscrits au programme des personnes en perte d'autonomie dans les ressources non-institutionnelles (RNI) lesquelles comprennent : les ressources intermédiaires (RI), la ressource alternative (RA) et l'unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF).

RÔLE ET RESPONSABILITÉS EN LIEN AVEC LA PRÉVENTION DES CHUTES ET L'ÉVALUATION POST CHUTE

Cette section présente les rôles et responsabilités des membres de l'équipe interdisciplinaire visés par ce protocole interdisciplinaire.

Le médecin

- Évalue le risque de chute ou les causes et les conséquences d'une chute ainsi que les traitements et interventions requises.
- Établit un diagnostic médical et le traitement du ou des problématiques en cause.
- Procède à un examen physique.
- Prescrit certains tests paracliniques.
- Prescrit la médication.

L'infirmière

- Évalue l'état de santé d'une personne.
- Détermine et assure la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers.
- Prodiges les soins et les traitements infirmiers et médicaux.

En lien avec le risque de chute :

- Identifie les facteurs de risque de chute.
- Évalue le niveau de risque de chute des usagers.
- Détermine des mesures préventives.
- Détermine le PTI et le PII lorsqu'un risque est identifié afin d'assurer la sécurité des usagers et d'éviter les blessures.
- Évalue l'état de santé d'un usager qui a chuté.
- Procède à l'examen clinique post-chute.
- Déterminer les soins et la surveillance requise post-chute.

L'infirmière auxiliaire

- Contribue à l'évaluation de l'état de santé d'une personne et à la réalisation du plan de soins.
- Prodiges les soins et les traitements infirmiers et médicaux.

En lien avec le risque de chute :

- Identifie les facteurs de risque de chute.
- Collige des données sur les facteurs de risque de chute.
- Applique les mesures de prévention des chutes selon le PTI ou le PII.
- Contribue à la surveillance d'un usager qui a chuté selon les directives infirmières et médicales.

L'ergothérapeute

- Évalue les habiletés physiques et cognitives nécessaires à l'exécution des activités quotidiennes et domestiques.
- Détermine et met en œuvre un plan de traitement et d'intervention dans le but de favoriser l'autonomie fonctionnelle.

En lien avec le risque de chute :

- Identifie les facteurs de risque de chute.
- Évalue le niveau de risque de chute des usagers.
- Détermine des mesures préventives selon son champ d'exercice.
- Recommande des aides techniques requises.
- Recommande les changements à apporter à l'environnement pour le rendre plus sécuritaire

Le physiothérapeute

- Évalue les déficiences et les incapacités de la fonction physique reliées aux systèmes neurologique, musculosquelettique et cardiorespiratoire.
- Détermine un plan de traitement.
- Réalise les interventions dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal.

En lien avec le risque de chute :

- Identifie les facteurs de risque de chute.
- Évalue l'équilibre et la mobilité.
- Évalue le niveau de risque de chute des usagers.
- Détermine des mesures préventives selon son champ d'exercice.
- Détermine un plan d'interventions.
- Offre une variété de traitements (exercices; chaleur, etc.).
- Recommande des aides ambulatoires et des orthèses.
- Recommande les changements à apporter à l'environnement pour le rendre plus sécuritaire

Le thérapeute en réadaptation physique

- Établit le bilan des capacités physiques de l'usager par des tests, des mesures et des observations.
- Intervient selon son niveau de responsabilité auprès de l'usager dans le but d'obtenir le rendement fonctionnel optimal.

En lien avec le risque de chute :

- Identifie les facteurs de risque de chute.
- Évalue l'équilibre au moyen de tests standardisés.
- Évalue le niveau de risque de chute des usagers.
- Détermine des mesures préventives selon son champ d'exercice.
- Offre une variété de traitements (exercices; chaleur, etc.).
- Recommande des aides ambulatoires et des orthèses.
- Recommande les changements à apporter à l'environnement pour le rendre plus sécuritaire.

Le travailleur social

- Procède à une évaluation psychosociale.
- Détermine un plan d'intervention et en assure la mise en œuvre dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec son environnement.
- Réfère vers des ressources appropriées.

En lien avec le risque de chute :

- Contribue à l'identification des facteurs de risque de chute.

La nutritionniste

- Évalue l'état nutritionnel d'une personne, déterminer et assurer la mise en œuvre d'une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour maintenir ou rétablir la santé

En lien avec le risque de chute

- Détermine une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour rétablir la santé.

Le préposé aux bénéficiaires (PAB), l'auxiliaire des services sociaux et de santé (ASSS)

En lien avec le risque de chute

- Participe à la collecte d'information pour identifier les facteurs de risque de chute.
- Rapporte à l'infirmière toutes les informations pertinentes sur tout changement dans la condition de l'usager.
- Applique les consignes émises par l'infirmière ou d'un autre professionnel au plan de travail.
- Informe l'infirmière ou les intervenants interdisciplinaires de toutes difficultés à appliquer les interventions planifiées pour réduire le risque de chute.

ÉVALUATION DU RISQUE DE CHUTE

L'infirmière complète l'évaluation du risque de chute (annexe 1) lors de l'évaluation initiale (dans les premières 48 heures) ainsi qu'à chaque réévaluation/révision du plan d'intervention, minimalement une fois par année. La réévaluation du risque de chute est également indiquée dans le cadre d'un suivi planifié, lors d'un changement de la condition de santé ou suite à une chute. Selon les constats, les professionnels de la réadaptation (thérapeute en réadaptation physique (TRP), ergothérapeute) compléteront d'autres outils d'évaluation spécifiques (par exemple : le test TUG, l'échelle de Berg, l'échelle de Tinetti, etc.). Lorsque le score total est ≥ 65 , l'usager est considéré à haut risque de chute, des interventions individualisées pour les usagers à haut risque de chute sont mises en place (annexe 2).

Il est important de noter que tous les usagers admis en ressources non-institutionnelles (unité temporaire de récupération fonctionnelle (UTRF), ressource alternative (RA) et ressources intermédiaires (RI)) sont considérés à risque de chute et doivent recevoir des soins sécuritaires. À cet effet, le préposé aux bénéficiaires (PAB) collabore à l'évaluation du risque de chute en complétant la grille de vérification de l'environnement (annexe 3).

L'infirmière peut demander une consultation interprofessionnelle en : ergothérapie, physiothérapie, nutrition selon le cas pour finaliser l'évaluation du risque de chute et instaurer des mesures préventives plus spécifiques ou encore suite à une chute afin d'ajuster les mesures préventives. L'infirmière avise le médecin ou le pharmacien si présomption d'un risque important de chute pouvant être lié à la pharmacothérapie.

L'infirmière communique aux équipes de soins (infirmières auxiliaires, PAB) le suivi à assurer ainsi que le plan d'intervention en lien avec la prévention des chutes.

Le professionnel consigne les informations pertinentes dans les notes d'évolution. Détermine et ajuste le PTI ou le PII (infirmière ou autre(s) professionnel(s)) ou le plan de services interdisciplinaires (PSI) selon l'évolution clinique de l'usager.

LES ACTIVITÉS D'ÉVALUATION ET DE SUIVI CLINIQUE DE L'USAGER SUITE À UNE CHUTE

Lorsque l'utilisateur chute, l'infirmière procède à l'examen clinique et assure le suivi clinique de l'utilisateur suite à une chute. Le professionnel de l'équipe de soins applique les interventions requises selon son champ d'exercice.

UTRF ET RA

Avant de déplacer l'utilisateur

Les intervenants de l'équipe de soins :

- Parlent à l'utilisateur pour le rassurer.
- Avisent l'infirmière immédiatement.
- **Ne doivent pas lever** l'utilisateur avant que **l'infirmière n'ait évalué la situation.**

En présence de l'infirmière, celle-ci effectue l'évaluation et le suivi de la situation clinique dès qu'elle en est informée.

L'infirmière

L'infirmière procède à un examen clinique sommaire de l'utilisateur qui a chuté avant de le mobiliser (voir annexe 4).

Elle doit :

- Vérifier l'intégrité des voies respiratoire, la respiration, la circulation ainsi que les signes vitaux et la douleur.
- Vérifier les signes neurologique si impact crânien ou présomption d'impact crânien, (voir annexe 5).
- Vérifier l'alignement des membres et les sites douloureux.
- Demander à l'utilisateur de bouger les bras et les jambes.
- Palper le cou, les épaules, les hanches et les membres en évitant tout déplacement. En présence de douleur ou résistance, ne pas poursuivre et redéposer doucement le membre.
- Éviter de mobiliser l'utilisateur si soupçon de fracture vertébrale ou de hanche.
- Vérifier la nécessité que l'utilisateur ait des points de sutures.
- Donner les premiers soins s'il y a lieu (exercer une pression sur une lésion avec saignement, nettoyer les lacérations et abrasions avec une solution de NaCl, mettre de la glace sur l'hématome...) et/ ou soulager l'utilisateur selon la prescription médicale si le transfert à l'urgence ne peut être réalisé rapidement.
- Ne pas faire boire ni manger.
- Compléter les documents pour le transfert à l'urgence.
- Compléter la note d'évolution au dossier de l'utilisateur.
- Compléter le rapport de déclaration incident/ accident AH-223.
- Aviser le supérieur immédiat, le représentant légal ou le curateur public s'il y a lieu.

Selon l'évaluation clinique de l'infirmière, si l'utilisateur n'est pas blessé et qu'il collabore à une mise en charge, l'infirmière le guidera ainsi que l'équipe soignante à suivre les recommandations suivantes :

- Se lever progressivement à l'aide d'une chaise (voir annexe 6).

- Maintenir la surveillance clinique à chaque quart de travail pour une période de 24 à 48 heures en donnant des directives précises aux infirmières-auxiliaires (PTI et plan de soins) et des consignes aux préposés aux bénéficiaires (plan de soins).

Réévaluer les paramètres suivants (voir l'annexe 4) :

- Douleur : rechercher et examiner tous les sites douloureux rapportés par l'utilisateur ou provoqués lors des manipulations.
- Alignement corporel et mobilité : vérifier l'alignement de tous les membres, la mobilité des articulations et rechercher la présence d'inflammation, d'œdème ou d'hématome.
- Aspect des téguments : vérifier la présence d'abrasion, de laceration, d'œdème ou de rougeur sur la surface corporelle.
- État général et signes vitaux.
- Signes neurologiques s'il y a eu impact crânien ou s'il y a présence d'étourdissements, nausées, douleur, vomissements, présence de comportements inhabituels, céphalées, perte de mémoire, perte de sensibilité, troubles d'élocution, troubles visuels.
- Prodiger les premiers soins au besoin.
- Transférer à l'urgence de l'hôpital si modifications ou détérioration de l'état de l'utilisateur
- Compléter les documents pour le transfert à l'urgence.
- Compléter la note d'évolution au dossier de l'utilisateur.
- Compléter le rapport de déclaration incident/ accident AH-223.
- Aviser le supérieur immédiat, le proche aidant, le représentant légal ou le curateur public s'il y a lieu.

L'infirmière auxiliaire

Contribue à l'évaluation conformément aux directives de l'infirmière (annexe 7).

En l'absence de l'infirmière ¹ à l'UTRF et à la RA

L'infirmière auxiliaire effectue l'observation des éléments de surveillance identifiés (à l'annexe 7). Lorsque l'utilisateur est **capable de bouger ses bras et ses jambes et de se lever seul et qu'il n'exprime pas de plaintes ni de douleur**, elle lui donne les consignes verbales spécifiques pour que l'utilisateur se relève seul (voir aide-mémoire présenté à l'annexe 6). L'intervenant supervise le lever en s'assurant de la capacité de l'utilisateur à faire une mise en charge. La mise en charge se réalise de façon séquentielle soit : de la position couchée à la position assise; puis de la position assise à la position debout en fournissant un appui (chaise) ou une aide à la mobilisation (marchette, fauteuil roulant, etc.). Selon ses observations (par exemple l'utilisateur est incapable de se relever seul) l'infirmière auxiliaire contacte le service Info-Santé (811) ou communique avec les services d'urgence santé (9-1-1) selon la gravité du cas. Par la suite, il faut compléter le formulaire AH-223. Informer la famille ou le proche aidant.

Aviser l'infirmière et les intervenants de l'équipe du CSSS dès que possible (verbal ou écrit) dans les 24 heures du jour ouvrable et le mentionner sur le formulaire AH-223.

¹ La présence de l'infirmière ne peut être assurée sur un continuum de 24 heures

RESSOURCES INTERMÉDIAIRES

En présence de l'infirmière à la ressource.

Avant de déplacer l'utilisateur :

Les intervenants de l'équipe de soins :

- Parlent à l'utilisateur pour le rassurer.
- Avisent l'infirmière immédiatement.
- **Ne doivent pas lever** l'utilisateur avant que **l'infirmière n'ait évalué la situation.**

L'infirmière

L'infirmière procède à un examen clinique sommaire de l'utilisateur qui a chuté avant de le mobiliser (voir annexe 4)

Elle doit :

- Vérifier l'intégrité des voies respiratoire, la respiration, la circulation ainsi que les signes vitaux et la douleur.
- Vérifier les signes neurologique si impact crânien ou présomption d'impact crânien, (voir annexe 5).
- Vérifier l'alignement des membres et les sites douloureux.
- Demander à l'utilisateur de bouger les bras et les jambes.
- Palper le cou, les épaules, les hanches et les membres en évitant tout déplacement. En présence de douleur ou résistance, ne pas poursuivre et redéposer doucement le membre.
- Éviter de mobiliser l'utilisateur si soupçon de fracture vertébrale ou de hanche.
- Vérifie la nécessité que l'utilisateur ait des points de sutures.
- Donner les premiers soins s'il y a lieu (exercer une pression sur une lésion avec saignement, nettoyer les lacérations et abrasions avec une solution de NaCl, mettre de la glace sur l'hématome...) et/ ou soulager l'utilisateur selon la prescription médicale si le transfert à l'urgence ne peut être réalisé rapidement.
- Ne pas faire boire ni manger.
- Compléter les documents pour le transfert à l'urgence.
- Compléter la note d'évolution au dossier de l'utilisateur.
- Compléter le rapport de déclaration incident/ accident AH-223.
- Aviser le supérieur immédiat, le représentant légal ou le curateur public s'il ya lieu.

Selon l'évaluation clinique de l'infirmière, si l'utilisateur n'est pas blessé et qu'il collabore à une mise en charge, l'infirmière le guidera ainsi que l'équipe soignante à suivre les recommandations suivantes :

- Se lever progressivement à l'aide d'une chaise (voir annexe 6).
- Maintenir la surveillance clinique à chaque quart de travail pour une période de 24 à 48 heures en donnant des consignes claires aux préposés aux bénéficiaires (plan de soins).

Réévaluer les paramètres suivants (voir l'annexe 4):

- Douleur : rechercher et examiner tous les sites douloureux rapportés par l'utilisateur ou provoqués lors des manipulations.

- Alignement corporel et mobilité : revoir l'alignement des membres et la mobilité des articulations (en comparaison avec l'évaluation précédente), rechercher l'inflammation, l'œdème et/ou les hématomes.
- Aspect des téguments : vérifier si l'utilisateur présente des blessures ou rougeurs.
- État général et signes vitaux : si présence d'étourdissements, nausées, vomissements, présente des comportements inhabituels, céphalées intenses, perte de mémoire, perte de sensibilité, troubles d'élocution et troubles visuels.
- Signes neurologiques s'il y a eu impact crânien ou s'il y a présence d'étourdissements, nausées, douleur, vomissements, présence de comportements inhabituels, céphalées, perte de mémoire, perte de sensibilité, troubles d'élocution, troubles visuels.
- Prodiger les premiers soins au besoin.
- Transférer à l'urgence de l'hôpital si modifications de l'état de l'utilisateur.
- Aviser le supérieur immédiat pour toute particularité. L'infirmière avise le médecin dans le cas de suspicion de fracture, de variation de l'état de conscience ou des signes neurologiques ou de modification de l'état général.
- Aviser le supérieur immédiat de l'évolution de la condition de l'utilisateur, le représentant légal ou le curateur public.
- Compléter la note d'évolution au dossier de l'utilisateur.
- Noter au PTI les directives pour assurer la surveillance clinique, les soins, les traitements et les autres interventions requises par l'utilisateur.

En l'absence de l'infirmière à la ressource intermédiaire²

Le PAB se réfère à l'annexe 8. Il doit faire une observation visuelle par exemple : usager inconscient, présence d'une blessure apparente, présence de sang, douleur ou plaintes, le préposé aux bénéficiaires doit contacter Urgence Santé. Si le PAB ne constate pas la présence de blessures apparentes chez l'utilisateur conscient, il demande à celui-ci de bouger ses jambes, ses bras.

Lorsque l'utilisateur est **capable de bouger ses bras et ses jambes et de lever seul et qu'il n'exprime pas de plaintes ni de douleur**, il lui donne les consignes verbales spécifiques pour que l'utilisateur se relève seul (voir l'annexe 6). Le PAB supervise le lever en s'assurant de la capacité de l'utilisateur à faire une mise en charge. La mise en charge se réalise de façon séquentielle soit : de la position couchée à la position assise; puis de la position assise à la position debout en fournissant un appui (chaise) ou une aide à la mobilisation (marchette, fauteuil roulant, etc.). Si l'utilisateur est incapable de se relever seul, le préposé doit contacter Urgence Santé (9-1-1). Par la suite, il faut compléter le formulaire AH-223. Informer la famille ou le proche aidant

Aviser l'infirmière et les intervenants de l'équipe du CSSS dès que possible (verbal ou écrit) dans les 24 heures du jour ouvrable et le mentionner sur le formulaire AH-223.

SUIVI POST-CHUTE

- L'infirmière transmet aux PAB les consignes nécessaires aux soins et au suivi de l'utilisateur.
- L'infirmière transmet aux infirmières auxiliaires les directives nécessaires aux soins et au suivi de l'utilisateur.
- L'infirmière réévalue le risque de chute (grille d'évaluation du risque de chute) en collaboration du professionnel de la réadaptation ou autre professionnel concerné.
- L'infirmière révise le PTI et le PII.

² La présence de l'infirmière ne peut être assurée sur un continuum de 24 heures

- L'infirmière ajuste le plan de soins des PAB.

RÉFÉRENCES

CSSS Ahuntsic et Montréal-Nord (2008). *Intervention infirmière après une chute ou lorsqu'une personne est retrouvée sur le sol*. Règle de soins infirmiers. Document inédit.

CSSS Cœur-de-l'île (2007). *Suivi clinique d'un usager ayant chuté*. Règle de soins infirmiers, Document inédit.

CSSS de Laval (2011). *Prévention des chutes et activités d'évaluation et de surveillance clinique de l'usager post-chute*. Protocole interdisciplinaire, Document inédit.

CSSS Lucille-Teasdale (2012). *Prévenir, évaluer et intervenir lors d'une chute en hébergement*. Protocole infirmier. Document inédit.

CSSS du Sud de Lanaudière (2010). *Évaluation initiale et suivi infirmier suite à une chute*. Protocole infirmier. Document inédit.

Ministère de la santé et des services sociaux (2004). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile-Cadre de référence*, Québec.

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2011). *Client ayant chuté*. Inspection professionnelle Surveillance générale.

ANNEXES

Annexe 1 Grille d'évaluation des risques de chutes - Guide d'utilisation de la grille d'évaluation des risques de chutes

Annexe 2 Interventions individualisées - Usager à haut risque de chutes

Annexe 3 Mesures de sécurité

Annexe 4 Examen clinique post-chute par l'infirmière - Guide infirmier examen clinique post-chute

Annexe 5 Signes neurologiques

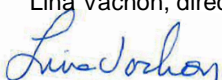
Annexe 6 Se relever du sol et s'asseoir - Fiche PDSB

Annexe 7 Guide des éléments de surveillance et d'observation post-chute pour l'infirmière auxiliaire

Annexe 8 Directives à appliquer lors d'une chute en l'absence de l'infirmière de la ressource/l'assistante du supérieur immédiat des RNI

Processus d'élaboration

Rédigé par :	Sylvie Décarie, conseillère cadre en soins infirmiers Johanne Gagnon, assistante du supérieur immédiat, RNI	Mars 2012
Instances consultées:	Fernande Girard, thérapeute en réadaptation physique, RNI Caroline Lavigne, ergothérapeute, URFI Éliette Tanguay, conseillère cadre en soins infirmiers CECII-CECIIA Conseillères cadres en soins infirmiers	Mai 2012
Approuvé par :	Lina Vachon, directrice des soins infirmiers, des risques et de la qualité	Septembre 2012



DOSSIER : _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____
 AAAA MM II

GRILLE D'ÉVALUATION DES RISQUE DE CHUTES

ITEMS	DÉTAILS	COTE	DATES			
Histoire antérieure de chutes	Pas d'historique de chute	0				
	Chute(s) dans les 6 mois précédents l'admission	15				
Diagnostic(s) secondaire(s)	0 à 3	0				
	4 et plus	10				
Vision	Normale	0				
	Corrigée	5				
	Perturbée	10				
Troubles d'élimination	Non	0				
	Oui	10				
Médication	Profil pas à risque	0				
	Profil à risque	5				
Locomotion	Indépendant	0				
	Indépendance modifiée	10				
	Supervision/assistance	15				
Transferts	Indépendant	0				
	Indépendance modifiée	10				
	Supervision/assistance	20				
État mental	Connaît ses propres capacités	0				
	Surestime ou oublie ses limites	15				
≥ 65 : HAUT RISQUE (Si ≥ 65 déterminez les interventions individualisées)		TOTAL : 100				
		Initiales de l'infirmière :				
		Initiales du professionnel en réadaptation :				

Nom	Init	Nom	Init	Nom	Init

*Source : Grille d'évaluation des risques de chute en réadaptation de l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay (2011)

Guide d'utilisation de la grille d'évaluation des risques de chute L'infirmière et/ou le professionnel de la réadaptation doit coter :

Histoire antérieure de chute

C'est-à-dire tout usager qui a subi au moins un épisode de chute durant les 6 derniers mois précédant l'admission dans l'établissement, peu importe si la chute a eu des conséquences ou non.

Exemple de question : Êtes-vous tombé au cours des 6 derniers mois?

Si non = une cote de 0

Si oui = une cote de 15

N.B. Si l'usager est admis suite à une chute, une fracture de la hanche par exemple, il reçoit automatiquement une cote de 15.

Diagnostic(s) secondaire(s)

On entend par diagnostic secondaire, toute condition associée autre que le diagnostic principal pour lequel l'usager est admis. Les soins infirmiers doivent se référer, par exemple, à la DSIE ou au dossier antérieur lors de l'admission afin d'avoir réponse à cette question. Ce n'est pas le type de diagnostic qui compte mais le nombre de diagnostics.

0 à 3 = une cote de 0

4 et plus = une cote de 10

Exemples :

- Usager admis avec un diagnostic de fracture du col du fémur ayant nécessité une hémiarthroplastie. Usager ayant comme conditions associées : hypercholestérolémie, hypertension et diabète: 3 *diagnostics secondaires* = une cote de 0.
- Usager présente un AVC gauche. Conditions associées : hypertension artérielle, athérosclérose coronarienne, diabète, hypercholestérolémie, infarctus ancien du myocarde: 5 *diagnostics secondaires* = une cote de 10.

Vision

La vision est définie en 3 catégories :

- **Normale** : n'a pas de défaut visuel (sans lunettes ni lentilles cornéennes).
- **Corrigée** : a des anomalies visuelles compensées par des lunettes ou lentilles cornéennes; cataracte opérée; aides optiques grossissantes.
- **Perturbée** : présente une cécité partielle ou complète (Exemples : dégénérescence maculaire, cataractes non-opérées, glaucome, un déficit visuel ou un trouble visiospatial d'origine neurologique comme une hémiparésie droite ou gauche, hémianopsie ou cécité corticale).

Normale = une cote de 0

Corrigée = une cote de 5

Perturbée = une cote de 10

Troubles d'élimination

Vérifier l'urgence, la fréquence, s'il y a infection et/ou incontinence

Si non = une cote de 0

Si oui = une cote de 10

Médication

L'usager est à risque de chute s'il reçoit un médicament faisant partie des catégories suivantes³ :

Antiarythmiques	Antipsychotiques
Anticonvulsivants	Benzodiazépines
Antidépresseurs	Diurétiques
Antiémétiques	Hypoglycémiantes
Antihistaminiques	Narcotiques
Antihypertenseurs	Vasodilatateurs
Antiparkinsoniens	

L'usager prend-il un médicament ou plus des catégories énoncées ci-dessus?

Si oui = une cote de 5. Si non = une cote de 0.

Exemple : un usager qui prend du Dilaudid (*catégorie des narcotiques*) recevrait une cote de 5.

Locomotion

La locomotion est divisée en 3 catégories :

- **Indépendant** : locomotion sécuritaire sans aide technique et dans un délai raisonnable.
- **Indépendance modifiée** : locomotion sécuritaire avec une aide technique (canne, béquille, marchette) **ou** indépendant avec fauteuil roulant **ou** a une orthèse/prothèse **ou** prend plus de temps d'exécution que la normale **ou** il y a un risque acceptable lors de l'exécution.
- **Supervision/assistance** : a besoin de la présence d'une personne ou d'instructions verbales.
Indépendant = une cote de 0
Indépendance modifiée = une cote de 10
Supervision/assistance = une cote de 15

N.B. Toujours coter le niveau fonctionnel le plus bas.

Exemples :

- Un usager peut se lever dans les barres parallèles le jour de l'admission avec l'aide d'une personne, mais ne peut marcher. Il peut se déplacer seul en fauteuil roulant: *Indépendance modifiée (en F/R) = une cote de 10.*
- Un usager peut marcher avec supervision avec une marchette. Il peut se déplacer seul en fauteuil roulant : *Supervision/assistance = une cote de 15.*

Transferts

Les transferts sont divisés en 3 catégories, au fauteuil, à la toilette, au lit :

- **Indépendant** : peut transférer de façon sécuritaire sans aide technique et dans un délai raisonnable.

³ Référence : Claude De Denus, novembre 2007

- **Indépendance modifiée** : peut transférer de façon sécuritaire avec une aide technique (barre d'appui, siège de toilette surélevé, planche de transfert, marchette) **ou** prend plus de temps d'exécution que la normale **ou** il y a un risque acceptable lors de l'exécution.
- **Supervision/assistance** : a besoin de la présence d'une personne ou d'instructions verbales.

Indépendant = une cote de 0

Indépendance modifiée = une cote de 10

Supervision/assistance = une cote de 20

N.B. Toujours coter le niveau fonctionnel le plus bas.

État mental

Afin de vérifier si l'utilisateur connaît ses limites, lui demander de valider ses besoins ou de répéter les précautions qu'on vient de lui expliquer sur les transferts et locomotion.

Connaît ses propres capacités = une cote de 0

Surestime ou oublie ses limites = une cote de 15

L'intervenant fait la somme des résultats obtenus et détermine si l'utilisateur est à haut risque de chute :

< 65	Les mesures de sécurité seront appliquées.
≥ 65	En plus des mesures de sécurité, deux professionnels (infirmière et professionnel de la réadaptation) choisiront des interventions individualisées selon les facteurs de risque de l'utilisateur.

Source : Document adaptée de l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay (2011)

DOSSIER : _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ / _____ / _____
AAAA MM JJ**INTERVENTIONS INDIVIDUALISÉES
USAGERS À HAUT RISQUE DE CHUTES**

À compléter si le score de la grille d'évaluation des risques de chute est ≥ 65 ou suite à une chute		DATE :			
EN GÉNÉRAL	Transférer l'utilisateur dans une chambre près de la station des soins infirmiers (SI)				
	Encourager l'utilisateur à rester près de la station des S.I. ou à proximité				
	Exercer une surveillance étroite à chaque _____ <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/> nuit				
	Assurer une présence à la douche et à la toilette				
	Rappeler les consignes de sécurité à l'utilisateur/famille				
	Harmoniser l'enseignement offert à l'utilisateur/famille				
	Référer en nutrition clinique pour une évaluation nutritionnelle				
	Encourager l'utilisateur/famille à participer aux activités de groupe avec le service des loisirs				
Accompagner l'utilisateur lorsqu'il quitte sa chambre <input type="checkbox"/> l'unité					
VISION	Compenser pour la vision perturbée en se plaçant dans le champ visuel de l'utilisateur en laissant la cloche d'appel et tout objet nécessaire à sa droite <input type="checkbox"/> ou à sa gauche <input type="checkbox"/>				
TROUBLE D'ÉLIMINATION	Utiliser des moyens pour pallier l'incontinence <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/> nuit				
	Accompagner l'utilisateur à la toilette à chaque _____				
	Amener l'utilisateur à la toilette avant le changement de quart de travail				
MÉDICATION	Diminuer l'apport liquidien en soirée				
	Réviser la médication, ex. : laxatifs, diurétiques, sédatifs, etc. Proposer des solutions alternatives au soulagement de la douleur / de l'insomnie				
LOCOMOTION / TRANSFERT	Enseigner et pratiquer les transferts (chambre/unité)				
	Aide à la marche : hors de la portée de l'utilisateur <input type="checkbox"/> ou à la portée de l'utilisateur <input type="checkbox"/>				
	Former l'équipe sur les techniques de repositionnement de l'utilisateur au fauteuil roulant (F/R)				
	Positionnement au F/R avec _____				
	Programme de marche avec le personnel : Indépendant <input type="checkbox"/> / Supervision <input type="checkbox"/> Assistance <input type="checkbox"/> avec _____ mise en charge (MEC) _____ orthèse _____ distance _____				
Référer en physiothérapie pour évaluer l'équilibre (par ex. équilibre précaire)					
ÉTAT MENTAL	Utiliser le système d'alarme (par ex. TABS) : au fauteuil roulant <input type="checkbox"/> et/ou au lit <input type="checkbox"/>				
	Réorienter l'utilisateur dans sa chambre/ unité de soins				
	Encourager la famille/proche aidant à rester avec l'utilisateur				
	Faire évaluer l'état cognitif de l'utilisateur si changement F/R adapté : avec freins à système anti-recule <input type="checkbox"/> avec extensions à freins facilement repérables (ex : jaune) <input type="checkbox"/>				
ÉTOURDISSEMENT / VERTIGE	Encourager l'utilisateur à demander de l'assistance en cas d'étourdissement lors de changement de position				
	Trouver la cause de l'étourdissement				
	Demander à l'utilisateur de s'asseoir sur la toilette pour uriner				
	Rappeler à l'utilisateur de changer de position lentement				
AUTRES					
DATE	NOM	INIT	DATE	NOM	INIT

*Source : Document adaptée de l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay (2011)

DOSSIER : _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ / _____ / _____
AAAA MM JJ**MESURES DE SÉCURITÉ**

Tous les usagers admis en ressources non-institutionnelles (UTRF; RA et RI) sont considérés à risque de chute et doivent recevoir des soins selon **les mesures préventives suivantes**.

À l'admission, le préposé aux bénéficiaires et l'infirmière auxiliaire (selon le milieu) cochent les éléments applicables à la réduction du risque de chute.

Lors d'une chute, le préposé aux bénéficiaires et l'infirmière auxiliaire (selon le milieu) cochent les éléments qui auraient permis de prévenir la chute.

	Date et initiale	Date et initiale
Ajustement du lit du de l'usager au plus bas		
Ajustement des côtés de lits selon les besoins de l'usager		
Cloche d'appel et objets dont l'usager a besoin près de lui		
Freins enclenchés au lit, au fauteuil roulant et à la chaise d'aisance		
Environnement de l'usager adéquatement éclairé selon l'heure de la journée		
Plancher sec et retrait des objets qui pourraient faire tomber l'usager		
Canne ou marchette utilisée par l'usager placée à côté du lit de façon sécuritaire		
Transfert de l'usager selon les principes de déplacement sécuritaire (PDSB)		
Respect du niveau d'aide indiqué dans le plan de soins.		
Tournée aux deux heures si usager incapable de se tourner lui-même		
1. Consignes de sécurité données aux usagers/familles sur ces éléments : -demander à l'usager d'utiliser la cloche d'appel si besoin d'aide, -vérifier que l'usager porte ses lunettes, souliers antidérapants, et utilise sa canne ou marchette, -aviser l'infirmière de tout symptôme apparaissant lors d'un changement de position (étourdissement, perte d'équilibre) -demander à l'usager d'éviter de se pencher pour ramasser des objets et de mettre les freins au fauteuil roulant avant le transfert.		

Date	Initiales	Signature du préposé aux bénéficiaires

DOSSIER : _____
 NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : ____/____/____
 AAAA MM JJ

**ÉVALUATION INITIALE POST-CHUTE
PAR L'INFIRMIÈRE**

Date de la chute : __/__/__		Heure de la chute : _____	
Douleur	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence (inscrire détails au formulaire : Évaluation initiale et de suivi de la douleur)		
Déformation des membres	<input type="checkbox"/> Absence	<input type="checkbox"/> Présence (inscrire détails dans la note d'évolution)	
Alignement des membres	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal (inscrire détails dans la note d'évolution)	
Mobilité des membres	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal (inscrire détails dans la note d'évolution)	
Signes vitaux	<input type="checkbox"/> Pris (inscrire au formulaire : Paramètres cliniques)		
Impact crânien	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence <input type="checkbox"/> Présomption } Prendre les signes neurologiques (SN) et inscrire au formulaire (SN)		
Lacération/hématome	<input type="checkbox"/> Absence	<input type="checkbox"/> Présence (inscrire détails dans la note d'évolution)	
Nausée	<input type="checkbox"/> Absence	<input type="checkbox"/> Présence (inscrire détails dans la note d'évolution)	
Vomissements	<input type="checkbox"/> Absence	<input type="checkbox"/> Présence (inscrire détails dans la note d'évolution)	
Céphalée	<input type="checkbox"/> Absence	<input type="checkbox"/> Présence (inscrire détails dans la note d'évolution)	

Documentation et demande de suivi :		
Compléter le rapport de déclaration incident/accident-AH-223	<input type="checkbox"/> Fait Initiales : _____	
Faire le PTI en indiquant le constat et les directives requises selon la situation	<input type="checkbox"/> Fait Initiales : _____	
Faire une demande de consultation en physiothérapie ou en ergothérapie si pertinent	<input type="checkbox"/> Fait Initiales : _____	
Vérifier au dossier la dernière évaluation du risque de chute et la réviser	<input type="checkbox"/> Fait Initiales : _____	
Aviser l'ASI, le médecin et la famille de la chute	<input type="checkbox"/> Fait Initiales : _____	
Date (aaaa-mm-jj)	Signature de l'infirmière	Initiales

GUIDE INFIRMIER

EXAMEN CLINIQUE POST-CHUTE

<p>Les signes vitaux; la douleur</p>	<p>Signes vitaux : La fréquence d'évaluation est :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ au moins une fois/quart de travail pour une période de 24 heures ▪ puis une fois 24 heures plus tard <p>Dans tous les cas, selon l'état clinique de l'utilisateur ou si les paramètres vitaux sont anormaux, augmenter la fréquence de la mesure des signes vitaux jusqu'à la stabilité des paramètres.</p> <p>Douleur : Évaluer si la douleur (spontanée et au toucher) est présente ou absente suite à l'accident (apparition ou augmentation)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Examiner tous les sites douloureux 2. Évaluer la douleur au minimum 1X par quart de travail pendant 24 heures puis 1X 24 heures plus tard 3. Décrire la douleur selon les éléments du PQRST : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Provoquer / pallier ▪ Qualité / intensité / perception ▪ Région / irradiation ▪ Symptômes associés possibles. Ex. : vomissement ▪ Temps / durée. Ex. : début / fin, continu / intermittent
<p>Les signes neurologiques et l'état de conscience</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluer les signes neurologiques (résultats de l'échelle de Glasgow et examiner les pupilles (myosis, mydriase, réactivité à la lumière) 2. Évaluer l'état de conscience (agitation, état d'éveil, orientation 3 sphères) 3. Évaluer la présence de nausées et vomissements 4. Évaluer la présence d'un changement de l'état mental 5. Les signes neurologiques et l'état de conscience doivent être enregistrés après la chute : <ul style="list-style-type: none"> ▪ aux 15 minutes la première heure, puis une heure plus tard si les signes neurologiques sont normaux, ensuite ▪ aux 2 heures X 2 ▪ aux 4 heures pendant les 24 heures suivantes ▪ puis die X 48 heures (chez usager qui ne prend pas d'anticoagulant) ▪ ou 1 fois /quart de travail X 48 heures (si usager prend des anticoagulants) ▪ si anormaux : aux 15 minutes jusqu'à évaluation médicale <p>Inscrire toute variation de l'état de conscience qui est souvent le premier de blessure grave à la tête et la manifestation la plus importante à surveiller.</p> <p><u>Alerte</u> : Même si l'utilisateur ne s'est pas cogné la tête, il peut y avoir un traumatisme crânien. De plus, il faut surveiller étroitement l'utilisateur qui est sous anticoagulothérapie. Les délais d'apparition des manifestations après un traumatisme à la tête peuvent varier :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Si traumatisme aigu</u> : apparition des manifestations dans les premières 24 à 72 heures suivantes; ▪ <u>Si traumatisme subaigu</u> : apparition des manifestations dans les 3 à 20 jours suivants; ▪ Il peut arriver également que les manifestations suite au traumatisme à la tête, se produisent au-delà des 20 jours suivant le traumatisme.

L'alignement corporel et la mobilité	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vérifier l'alignement des membres et la présence de sites douloureux 2. Vérifier si présence de déformation des membres 3. Vérifier les signes suivants aux membres (coloration, chaleur, mobilité, sensibilité, pouls, retour capillaire, œdème). 4. Vérifier la mobilité des articulations (en comparaison avec l'état antérieur) 5. Inscrire tout signe d'inflammation (rougeur, œdème, chaleur, douleur) ou d'hématome. <p>Surveillance : chaque 8 heures X 24 heures puis 1 X 24 heures plus tard</p>
L'aspect des téguments	<ol style="list-style-type: none"> 1. Décrire la nature de l'atteinte et le degré de surface atteinte des téguments (ex. : lacération, abrasion, hématome, écoulement sanguin, œdème, etc.) 2. Vérifier l'apparition d'hématome au cours des 48 heures suivant la chute. Noter si l'utilisateur / résident est sur anticoagulothérapie. <p>Surveillance : chaque 8 heures X 24 heures puis 1 X 24 heures plus tard</p>
Autres données cliniques pertinentes telles le comportement de l'utilisateur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluer l'état général 2. Évaluer la présence ou l'absence de sang ou de liquide clair dans les oreilles, le nez ou la bouche. 3. Évaluer si présence ou absence de céphalées. 4. Identifier si présence de symptômes avant la chute (Ex : étourdissements, douleur, vertiges, nausées, perte de conscience) 5. inscrire la description que fait l'utilisateur de sa chute 6. Préciser le type de comportement. Exemple : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Agitation ou ralentissement psychomoteur <p>Surveillance : chaque 8 heures X 24 heures puis 1 X 24 heures plus tard</p>

DOSSIER : _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____


DATE DE NAISSANCE : _____ / _____ / _____
AAAA MM JJ

Si constat ou présomption d'impact crânien

Fréquence d'évaluation des signes neurologiques:

Si normaux : q 15 minutes x 1 h, q 1 h x 1 h, q 2 h x 4 h puis q 4 h pour 24 h

Si anormaux ou détériorés : q 15 minutes jusqu'à l'appel au médecin ou transfert à l'urgence

Diamètre des pupilles myosis normal mydriase 		Réaction des pupilles V = vive L = lente A = absente		Motricité des membres B = bonne F = faible A = absente G = grasping (des mains)	
DATE :					
HEURE :					
SIGNES VITAUX	Pression artérielle (mm hg)				
	Pulsation (battements/minute)				
	Respiration (respirations/minute)				
	Température (°c) (b) (a) ou ®				
	Saturométrie				
	Oxygène %				
PUPILLES	Diamètre	droit			
		gauche			
	Réaction à la lumière	droit			
		gauche			
MOTRICITÉ	M. sup.	droit			
		gauche			
	M. inf.	droit			
		gauche			
ÉCHELLE DE COMA DE GLASGOW (GCS) Réponse motrice Réponse verbale ouverture yeux	▪ spontanée	4			
	▪ sur ordre verbal	3			
	▪ à la douleur	2			
	▪ pas de réponse	1			
	▪ orientée	5			
	▪ confuse	4			
	▪ mots non appropriés	3			
	▪ sons incompréhensibles	2			
	▪ pas de réponse	1			
	▪ obéit à un ordre verbal	6			
	▪ localise la douleur	5			
	▪ retrait à la douleur	4			
	▪ décortication	3			
	▪ décérébration	2			
	▪ pas de réponse	1			
TOTAL	/15				
AUTRES SYMPTÔMES	céphalées © nausées (n) vomissements(v)				
	convulsions <input checked="" type="checkbox"/>				
	sang ou liquide clair via bouche, nez ou oreille <input checked="" type="checkbox"/>				
Initiales :					

Noms	Initiales	Noms	Initiales	Noms	Initiales

LÉGENDE

ÉVALUATION DES PUPILLES

- **Diamètre**
- **Grandeur et symétrie**
 - Observer la grandeur des pupilles, déterminer la grandeur à l'aide du schéma de la grille. Myosis : petite pupille. Mydriase : grande pupille.
 - La pupille normale est ronde et mesure entre 2 et 6 mm avec une moyenne de 3,5 mm
 - Comparer les deux pupilles et aviser l'infirmière, s'il y a asymétrie.
- **Réaction à la lumière**

Le réflexe **photomoteur** se manifeste lorsque la lumière est diffusée dans l'œil, la pupille devrait se contracter immédiatement. Le retrait de la lumière devrait produire immédiatement une réponse de la pupille.

 - Observer un œil à la fois (faire de l'obscurité dans la pièce, si nécessaire).
 - Écarter la paupière et diriger rapidement le faisceau lumineux de la joue vers la pupille.
 - Inscire les résultats observés par les termes : vive, lente ou absente.

N.B. Aviser si aucune réaction à la lumière ou si réaction des pupilles non symétriques.



MOTRICITÉ

- Comparer toujours un côté à son opposé (symétrie).
- Demander de bouger les bras et les mains ou évaluer la force musculaire en demandant de serrer vos doigts avec les deux mains en même temps : bonne, faible, absente, grasping (étréinte des mains sans relâcher).
- Demander de bouger les pieds et les jambes ou évaluer la force musculaire (capacité de résister à une force de résistance) : bonne, faible, absente.
- Aviser de tout résultat anormal ou tout changement.

ÉCHELLE DE GLASGOW

Attribuer un pointage selon la meilleure réponse dans les trois catégories. Le pointage le plus bas étant 3 (coma profond) et le plus élevé de 15 (usager vigilant, orienté dans l'espace, le temps et vis-à-vis les personnes).

N.B. : Aviser l'infirmier(e) ou le médecin de tout changement dans l'état de conscience ou du score de Glasgow.

Indicateurs de réactivité	Façon de procéder	Résultat	
Ouverture des yeux	a) Observer sa réaction spontanée lorsque vous vous approchez du lit ou donnez des soins	Ouvre les yeux spontanément	4
	b) Dire « Ouvrez vos yeux » et répéter plus fort plusieurs fois	Ouvre les yeux sur ordre verbal	3
	c) Appliquer une douleur	Ouvre les yeux à la douleur Pas de réponse	2 1
Meilleure réponse verbale	a) Demander son nom, où il est ou la raison. Au besoin, donner de l'information et le questionner à nouveau. Varier les questions, afin d'éviter la mémorisation.	Orienté et parle	5
		Désorienté et parle (confus)	4
		Mots inappropriés (phrase incomplète, mots au hasard ou répétition d'un mot)	3
	b) Si aphasique, muet, inscrire (non applicable)	Sons incompréhensibles (murmure, plainte, pleurs, syllabes, essaie d'articuler sans succès)	2
		Pas de réponse	1
Meilleure réponse motrice	a) Dire « Ouvrez vos yeux ». S'il avait déjà ouvert ses yeux spontanément, demander un ordre verbal qu'il peut exécuter « Fermez les yeux » ou « Tournez la tête », etc.	Obéit à un ordre verbal (exécute les demandes)	6
		Localise la douleur, s'en éloigne ou s'en défend	5
	b) Appliquer une douleur (pincement) aux quatre membres ou frottement du sternum ou pincement du trapèze	Flexion ou retrait à la douleur sans la localiser	4
		Décortication 	3
		Décérébration 	2
		Pas de réponse	1
		TOTAL	/15

SE RELEVER DU SOL ET S'ASSEOIR - FICHE PDSP

FICHE PDSB

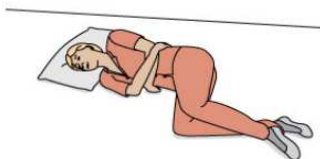





MANŒUVRES AU SOL | S28

SE RELEVER DU SOL ET S'ASSEOIR

Supervision



Caractéristiques de la cliente : fait les mouvements par elle-même, mais peut avoir besoin d'être guidée ou stimulée.

Étape 1	Étape 2	Étape 3
 <ul style="list-style-type: none"> • Se tourner sur le côté. 	 <ul style="list-style-type: none"> • Prendre appui sur les mains pour redresser le tronc. 	 <ul style="list-style-type: none"> • S'agenouiller et s'appuyer sur la chaise.
Étape 4	Étape 5	Étape 6
 <ul style="list-style-type: none"> • Lever un genou et s'appuyer sur les appuie-bras. 	 <ul style="list-style-type: none"> • Pousser sur la jambe et les appuie-bras pour se relever. 	 <ul style="list-style-type: none"> • Prendre appui sur l'appuie-bras et se tourner pour s'asseoir.

Mise en garde : la manœuvre telle que décrite ne peut remplacer une formation complète en PDSB et ne garantit pas la sécurité en toute circonstance. Des adaptations peuvent être nécessaires selon la situation de travail.

Le genre utilisé correspond à celui présenté dans les illustrations.

www.asstas.qc.ca/fiches-pdsb.html

GUIDE DES ÉLÉMENTS DE SURVEILLANCE ET D'OBSERVATION POST-CHUTE POUR L'INFIRMIÈRE AUXILIAIRE

-
- Vérifier l'état de conscience de l'usager. Si l'usager est inconscient, contacter le 911.
 - S'assurer que l'usager respire et que les voies respiratoires soient dégagées.
 - Ne jamais relever un usager immédiatement.
 - Faire un examen sommaire, en observant les éléments suivants :
 - vérifier si présence de nausée ou vomissement;
 - vérifier si présence de céphalée;
 - vérifier si présence de sang ou de blessure. En ce cas, exercer une pression sur les lésions avec saignement. Nettoyer les lésions et les abrasions avec NaCl et faire un pansement sec. Mettre de la glace sur les hématomes;
 - rechercher les signes et symptômes de fracture en vérifiant l'alignement et la mobilité des membres;
 - vérifier les signes neurologiques si impact crânien ou présomption d'impact crânien même s'il n'y a aucune blessure apparente.
 - Demander à l'usager de bouger chacun des quatre membres un à la fois.

En présence de douleur, de difficulté à bouger, de changement de l'état de la personne, de signes neurologiques anormaux, d'un membre déplacé, communiquer immédiatement avec le 911 et ne pas déplacer l'usager.

Si l'usager bouge bien les quatre membres sans douleur et qu'il ne présente aucune blessure qui l'empêche de se mobiliser, vous pouvez superviser le lever la procédure (annexe 6).

SUIVI POST CHUTE DE L'USAGER :

- Soulager l'usager selon les prescriptions disponibles s'il présente de la douleur, et examiner tous les sites douloureux.
- Prendre les signes vitaux (pression artérielle PA, pouls, respiration, température) et la saturation : chaque 8h x 24h puis 1 fois 24h plus tard
- Prendre les signes neurologiques si impact crânien ou présomption d'impact crânien :
 - . chaque 15 min. x 1h, si normaux poursuivre
 - . une fois 1h plus tard, si résultats normaux
 - . chaque 2h x 2, puis
 - . chaque 4h pour les 24h suivantes
- Si les signes neurologiques sont anormaux, prendre les signes neurologiques chaque 15 minutes jusqu'au transfert en centre hospitalier (évaluation médicale).
- Vérifier la présence de nausées, vomissements, céphalée, douleur, hématome et mobilité :
 - . chaque 8h x 24h puis 1 fois 24h plus tard

Documentation

- Compléter les formulaires (Paramètres cliniques ; Signes neurologiques)
- Compléter le rapport de déclaration incident/accident AH 223.
- Aviser la famille si transfert en CH ou selon le plan d'intervention.
- Faire la note au dossier.
- Aviser l'infirmière de la ressource le plus tôt possible comme suit : laisser un message.
- Téléphoner à l'infirmière du CSSS ou noter dans le cahier de communication.

DIRECTIVES À APPLIQUER LORS D'UNE CHUTE EN L'ABSENCE DE L'INFIRMIÈRE DE LA RESSOURCE/L'ASSISTANTE DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT DES RNI

- Contacter immédiatement le 911 si la personne est inconsciente
- S'assurer que la personne est consciente et qu'elle respire
- Ne jamais relever immédiatement un usager
- Demander lui de bouger chacun des 4 membres, un à la fois
- En présence de douleur, de difficulté à bouger, d'un changement de l'état de la personne, d'un membre déplacé, communiquer immédiatement avec Urgence Santé (911) et ne pas déplacer la personne.
- Si présence de saignement, mettre des gants. Appliquer une compresse sur la blessure en faisant une compression pour arrêter le saignement
- Si les 4 membres de la personne bougent bien et sans douleur, qu'il n'y a aucune blessure, vous pouvez relever celle-ci selon la procédure décrite (annexe 6)
- Compléter le formulaire de déclaration incident/accident (AH-223) et le remettre à l'infirmière (ou dans son pigeonier);
- Compléter une note dans le formulaire réservé à cette fin en décrivant l'événement et les interventions posées (date et heure).
- Déposer votre note dans le pigeonier de l'infirmière

La présence de l'infirmière en RNI ne peut être assurée sur un continuum de 24 heures