

Cette case doit contenir : N° dossier, nom, prénom, date de naissance, NAM, nom de la mère, prénom de la mère, nom du père, prénom du père

## OBSERVATION DE L'USAGER AYANT CHUTÉ PAR L'AIDE-SOIGNANT

Direction clinique _____		Programme _____		Site _____	
Date de la chute _____ <small>aaaa/mm/jj</small>		Heure de la chute _____ <small>hh:mm</small>			
<input type="checkbox"/> Chute <b>sans coup</b> à la tête <input type="checkbox"/> Chute <b>avec coup</b> à la tête ou <b>sans témoin au moment de la chute</b>		<b>Si connu du CIUSSS professionnel habileté avisé</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date _____    Heure _____ <small>aaaa/mm/jj    hh:mm</small>			
<b>Signes et symptômes à surveiller aux 8 heures (h) pour 24 h, puis 24 h plus tard ou selon les directives de l'infirmière</b> <b>Si vous répondez Oui à un ou plusieurs signes et symptômes, aviser l'infirmière selon la trajectoire établie</b>					
<b>Paramètres</b>	<b>Date (aaaa/mm/jj)</b>				
	<b>Heure (hh:mm)</b>				
<b>Tension artérielle</b>	/	/	/	/	/
<b>Pouls</b>	/minute	/minute	/minute	/minute	/minute
<b>Température</b>	°C	°C	°C	°C	°C
<b>Saturométrie</b>	%	%	%	%	%
<b>Changement dans l'état de conscience</b>					
Inconscient	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Plus endormi	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Incapable de répondre aux questions	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Difficulté à parler	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Douleur nouvelle ou augmentée</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Étourdissements ou changement dans son équilibre</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Maux de tête</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Nausées/vomissements</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Changement dans la mobilité des bras et des jambes</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Changement dans l'autonomie</b> (alimentation, habillement, soins d'hygiène, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Changement dans le comportement physique ou verbal</b> (parle plus, est moins actif, se fâche facilement, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Nom :

N° dossier :

Signes et symptômes à surveiller aux 8 heures (h) pour 24 h, puis 24 h plus tard ou selon les directives de l'infirmière					
Si vous répondez Oui à un ou plusieurs signes et symptômes, aviser l'infirmière selon la trajectoire établie					
Changement dans l'état général ou apparition de nouveaux signes et symptômes (enflure, ecchymose, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres éléments de surveillance _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Initiales aide-soignant					
Initiales	Signature aide-soignant		Initiales	Signature aide-soignant	
<b>Légende</b> % : pourcentage    CIUSSS : Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux    °C : degrés Celsius					
<b>Section réservée pour la signature électronique</b>					