



## DECLARATION DE CHUTE D'UN PATIENT

### IDENTITE DU DECLARANT

Nom et prénom du déclarant :

Fonction du déclarant (\*) :

### IDENTITE DU PATIENT

Nom du patient (3 premières lettres) :

Prénom du patient (2 premières lettres) :

Age du patient (\*) :

Entre 15 et 59 ans

Entre 60 et 75 ans

Supérieur à 75 ans

Date de la chute (\*) :  (jj/mm/aaaa)

Tranche horaire de la chute :

8h00 - 12h00 - 16h00 - 20h00 - 8h00

Heure du constat de la chute :  (hh:mm)

Heure présumée de la chute :  (hh:mm)

### LIEU DE LA CHUTE

Préciser le lieu de la chute :

Traitement du patient (suite) :

### CIRCONSTANCES DE LA CHUTE

Chute du fauteuil roulant :

Chute du lit :

Avec barrière

Sans barrière

Avec contention

Chute lors du transfert :

Fauteuil - WC

Lit - brancard

Lit - fauteuil

Autre transfert

Chute lors de la marche :

Avec présence d'un tiers professionnel

Hors présence d'un tiers professionnel

Autres circonstances :

### FACTEURS LIES AU PATIENT

Pathologie principale :

Comorbidités :

Antécédents de chute :

Evaluation du risque de chute à l'entrée (\*) :

Non  Oui

Traitement du patient :

Cf case blanche au-dessus pour ajouter la suite du traitement

Incontinence :  Non  Oui

Degré d'autonomie du patient :

Perte totale

Fauteuil roulant manuel

Marche avec déambulateur

Marche avec cannes anglaises

Comportement du patient lors de la chute :

Confus

Agité

Somnolent

Agressif

Sous le coup d'une forte émotion

Imprégnation éthylique

Autre

Fonctions supérieures :

Autre

Environnement du patient :

Chaussures manquantes ou inadaptées

Vêtements inadaptés

Lunettes inadaptées

Autre facteur patient :

<input type="checkbox"/> Marche avec canne simple <input type="checkbox"/> Autonome pour la marche	
---	--

### FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

<b>Sol :</b> <input type="checkbox"/> Lavage récent <input type="checkbox"/> Revêtement non adapté <input type="checkbox"/> Revêtement défectueux <input type="checkbox"/> Autre <input type="text"/>	<b>Sanitaires :</b> <input type="checkbox"/> Absence de barres d'appui WC <input type="checkbox"/> Bac de douche non adapté (ex : trop haut) <input type="checkbox"/> Locaux trop étroits, mal adaptés <input type="checkbox"/> Sanitaires éloignés <input type="checkbox"/> Sonnette absente <input type="checkbox"/> Sonnette inaccessible <input type="checkbox"/> WC non adaptés (ex : trop bas) <input type="checkbox"/> Autre <input type="text"/>
<b>Chambre :</b> <input type="checkbox"/> Encombrement de la chambre <input type="checkbox"/> Présence de tapis <input type="checkbox"/> Eclairage défectueux ou insuffisant <input type="checkbox"/> Hauteur de lit non adaptée <input type="checkbox"/> Mobilier instable <input type="checkbox"/> Mobilier non adapté <input type="checkbox"/> Escaliers <input type="checkbox"/> Autre <input type="text"/>	<b>Autre facteur environnemental :</b> <input type="text"/>

### FACTEURS LIES AU PERSONNEL

<b>Composition de l'équipe présente :</b> <input type="text"/>
<b>Personnel :</b> <input type="checkbox"/> Personnel de remplacement <input type="checkbox"/> Personnel habituel <input type="checkbox"/> Personnel qualifié
<b>Autre facteur lié au personnel :</b> <input type="text"/>

### CONSEQUENCE DE LA CHUTE

<b>Etat clinique du patient à évaluer :</b> <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Minimale <input type="checkbox"/> Sans gravité	<b>Actions entreprise(s) immédiatement :</b> <input type="text"/>
<b>Etat psychologique du patient à évaluer :</b> <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Minimale <input type="checkbox"/> Sans gravité	
<b>Commentaires sur les circonstances de la chute, rappel des faits :</b> <input type="text"/>	

<b>Suite(s) donnée(s) à la fiche de chute :</b> <input type="text"/>	<b>Lancement Fiche action :</b> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<b>Traitement clôturé :</b> <input type="checkbox"/>	

Date de la saisie :  (jj/mm/aaaa hh:mm)