



LANTICHUTE - MSA

CONSTATATION DE LA CHUTE

Identification du chuteur

Nom de l'agent qui constate *

Date de la chute * Heure

Nom du chuteur *

Prénom du chuteur *

Sexe * F ☐ H ☐

Item libre

Lieu de la chute

Secteur

Etage * ☐ rdc ☐ 4ème
☐ 1er ☐ 5ème
☐ 2ème ☐ rez de jardin
☐ 3ème ☐ niveau -1

Lieu *

☐ ascenseur ☐ extérieur ☐ WC collectif
☐ chambre ☐ salle à manger ☐ WC individuel
☐ couloir ☐ salle de bains collective ☐ autre : préciser
☐ escalier ☐ salle de bains individuelle

Circonstances de la chute *

☐ lors d'un transfert \Rightarrow ☐ lit/fauteuil ☐ fauteuil/WC ☐ fauteuil/fauteuil ☐ assis/debout
☐ glissement du fauteuil
☐ lors d'un déplacement
☐ autre

Position avant la chute

Position * ☐ assis ☐ allongé
☐ debout ☐ incertain

Contention ☐ barrière
☐ harnais
☐ autre

Conséquences

Un médecin a-t'il été appelé ? * ☐ oui ☐ non

Environnement

L'environnement est-il en cause ? * ☐ oui ☐ non

Si oui, préciser : ☐ éclairage \Rightarrow ☐ insuffisant ☐ excessif
(1 seul choix) ☐ obstacle \Rightarrow lequel ?
☐ sol glissant \Rightarrow cause : ☐ urines ☐ ménage ☐ eau ☐ autre
☐ variabilité du terrain
☐ autre \Rightarrow préciser

Tenue vestimentaire

La tenue vestimentaire est-elle en cause ? * ☐ oui ☐ non

Si oui, préciser : ☐ accessoires \Rightarrow lequel ?
(1 seul choix) ☐ appui \Rightarrow lequel ?
☐ changes
☐ chaussures
☐ vêtements

Observations

Signature



santé
famille
retraite
services

LANTICHUTE - MSA

ANALYSE DE LA CHUTE

Identification du chuteur et évaluations diverses

Age du chuteur *

Antécédents de chute * ☐ oui ☐ non

G.I.R. *

M.M.S.

Observations de l'infirmière ou du médecin

Analyse

Médicaments pouvant être en rapport avec la chute * ☐ oui ☐ non

(possibilité de plusieurs choix)

Si oui, préciser : ☐ diurétique ☐ hypotenseur ☐ psychotrope ☐ somnifère

☐ modification récente du traitement ☐ autre : préciser

Pathologies pouvant être en rapport avec la chute (possibilité de plusieurs choix)

- | | | | |
|--|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> démence | <input type="checkbox"/> dépression | <input type="checkbox"/> hypotension | <input type="checkbox"/> vertiges |
| <input type="checkbox"/> troubles visuels | <input type="checkbox"/> séquelles d'AVC | <input type="checkbox"/> maladie de Parkinson | <input type="checkbox"/> dénutrition |
| <input type="checkbox"/> mauvais état bucco-dentaire | <input type="checkbox"/> infections | <input type="checkbox"/> diabète | |
| <input type="checkbox"/> autre : préciser <input type="text"/> | | | |

Mesures prises (en clair)

Mesures médicales

Mesures paramédicales

Mesures environnementales

Hospitalisation * ☐ oui ☐ non

Famille ou référent prévenu ☐ oui ☐ non

Nom et signature du médecin et/ou de l'IDE