



# 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 ☐ escalier ☐ salle de bains ☐ Autre : préciser   
☐ chambre ☐ extérieur ☐ sous-sol  
☐ couloir ☐ jardin ☐ terrasse  
☐ cuisine ☐ salle à manger ☐ WC

### Circonstances de la chute \*

☐ lors d'un transfert ☐ 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 ☐ insuffisant ☐ excessif

(1 seul choix) ☐ obstacle ☐ animaux ☐ fils  
☐ mobilier ☐ pot de fleurs  
☐ tapis ☐ autres

☐ sol glissant ☐ cause : ☐ urines ☐ ménage ☐ eau ☐ autre  
☐ variabilité du terrain  
☐ autre ☐ préciser

### Tenue vestimentaire

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

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

### Observations



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.

**Personne vivant :**

☐ en famille

☐ en couple

☐ seul

**Personne isolée :**

géographiquement ☐ oui

☐ non

socialement ☐ oui

☐ non

#### Observations

#### Analyse

**Pathologies pouvant être en rapport avec la chute**

(possibilité de plusieurs choix)

☐ démence

☐ dépression

☐ hypotension

☐ vertiges

☐ troubles visuels

☐ séquelles d'AVC

☐ maladie de Parkinson

☐ dénutrition

☐ mauvais état bucco-dentaire

☐ infections

☐ diabète

☐ autre : préciser

#### Mesures prises (en clair)

**Mesures médicales et paramédicales**

**Mesures environnementales**

Hospitalisation \* ☐ oui

☐ non

Famille ou référent prévenu ☐ oui

☐ non