

LISTE DE VÉRIFICATION DE DÉPISTAGE ET INTERVENTIONS POUR RISQUE DE CHUTE



PATIENT _____ DATE _____ HEURE _____

DÉPISTAGE OPPORTUNISTE (COMPLÉTÉ AU MOINS UNE FOIS PAR ANNÉE POUR TOUS LES PATIENTS ÂGÉS DE 65 ANS OU PLUS)

	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	NOTES
Êtes-vous tombé au cours de la dernière année?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Vous sentez-vous instable lorsque vous êtes debout ou en marchant?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Êtes-vous inquiet(e) à propos des chutes?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Le patient a obtenu un pointage ≥ 4 à sa liste de vérification Demeurer autonome? (facultatif)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

- Le patient a répondu **NON** à toutes les questions clés. Par conséquent, je vais procéder par assurer la prestation d'interventions pour une personne à Faible risque de chute. (voir au verso)
- Le patient a répondu **OUI** à n'importe quelles des questions clés. Par conséquent, je vais procéder avec un dépistage de la gravité des chutes que cette personne aurait pu avoir au cours de la dernière année.

DÉPISTAGE DE LA GRAVITÉ DES CHUTES

	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	NOTES
Blessure nécessitant un traitement médical?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Chutes récurrentes (≥ 2 au cours des douze mois précédents)?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Est-ce que le patient semble frêle?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Allongé sur le sol/incapable de se lever (≥ 1 heure)?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Perte de conscience/syncope présumée?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

- Une ou plusieurs** des caractéristiques de gravité des chutes sont présente. Par conséquent, je vais procéder par assurer la prestation d'interventions pour une personne à RISQUE ÉLEVÉ de chutes (voir au verso)
- AUCUNE** des caractéristiques de gravité des chutes n'a été identifiée, Par conséquent, je vais procéder avec un examen de la mobilité

TEST DE MOBILITÉ

	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	NOTES
La vitesse de marche semble-t-elle sensiblement lente? <i>Note: Peut également être formellement évalué par une vitesse de marche $\leq 0,8$ m/s ou un Test chronométré du lever de chaise de Mathias «TUG» $> 15s$ (voir Lignes directrices sur l'évaluation de la mobilité)</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

- Le patient **n'a pas de déficience significative** avec sa démarche. Par conséquent, je vais procéder par assurer la prestation d'interventions pour une personne à FAIBLE RISQUE de chutes (voir au verso)
- Le patient **démontre ou signale des difficultés** avec sa mobilité. Par conséquent, je vais procéder par assurer la prestation d'interventions pour une personne à RISQUE INTERMÉDIAIRE de chutes (voir au verso)

Assurez la prestation des interventions recommandées suivantes pour les patients à risque **FAIBLE, INTERMÉDIAIRE** et **ÉLEVÉ** de chute. Utilisez votre jugement clinique pour déterminer la nécessité d'évaluer et de gérer des facteurs de risque modifiables supplémentaires.

PATIENT À RISQUE FAIBLE DE CHUTE

- Offrez de l'éducation sur la prévention des chutes (visitez TrouverlequilibreNB.ca pour obtenir des ressources sur la prévention des chutes pour les personnes âgées)
- Encouragez l'adoption et l'adhésion aux [Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures pour les adultes âgés de 65 ans et plus](#)
- Réévaluez au moins une fois par année

PATIENT À RISQUE INTERMÉDIAIRE DE CHUTE

- Offrez de l'éducation sur la prévention des chutes (visitez TrouverlequilibreNB.ca pour obtenir des ressources sur la prévention des chutes pour les personnes âgées)
- Reférez le patient à un programme de prévention des chutes basé sur l'exercice organisé en groupe ou individuellement, s'il est disponible (p. ex. [Zoomers en mouvement](#))
- Réévaluez au moins une fois par année

PATIENT À RISQUE ÉLEVÉ DE CHUTE

Envisager d'élaborer un plan de soins individualisé réalisable qui tient compte des priorités, des croyances, des préférences et des ressources de la personne âgée.

- Optimisez la gestion des problèmes médicaux aigus et chroniques sous-jacents
Effectuez un examen physique et obtenez des laboratoires de routine (y compris les niveaux B12, Vit D et TSH)
- Effectuez une revue des médicaments pour déprescrire ceux qui augmentent le risque de chutes
Envisagez d'aiguiller le patient vers un(e) pharmacien(ne) pour un examen complet du traitement médicamenteux
- Vérifiez pour hypotension orthostatique possible en obtenant une pression artérielle couchée et debout, et gérez si présent
Défini comme une baisse systolique ≥ 20 mm Hg ou une baisse diastolique ≥ 10 mm Hg
- Évaluez et gérez les inquiétudes quant aux chutes avec un outil validé (p. ex. [liste de vérification Demeurer confiant](#))
Envisagez un aiguillage vers l'ergothérapie et/ou la thérapie cognitivo-comportementale
- Aiguillez le patient vers un optométriste pour évaluer et optimiser la vision
- Assurez un dépistage de l'ostéoporose et traitez si elle est présente
- Aiguillez le patient vers l'ergothérapie pour une évaluation de la sécurité à domicile et des modifications (p. ex. PEM, soins ambulatoires or privés)
- Offrez de l'éducation sur la prévention des chutes (visitez TrouverlequilibreNB.ca pour obtenir des ressources sur la prévention des chutes pour les personnes âgées)
- Aiguillez le patient vers la physiothérapie pour évaluer les aides à la marche en plus d'optimiser la force et l'équilibre (p. ex. PEM, soins ambulatoires or privés)
- Planifiez un suivi dans les 3 mois pour examiner le plan de soins individualisé

Pour plus d'informations sur la prévention des chutes pour les professionnels de la santé, les proches aidants et les personnes âgées, consultez le site Web [Trouver l'équilibre NB](http://Trouverl'équilibreNB) à www.TrouverlequilibreNB.ca