

LISTE DE VÉRIFICATION

FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE

PATIENT _____ DATE _____ HEURE _____

FACTEUR DE RISQUE DE CHUTE	PRÉSENT?	NOTES																											
DÉTISTAGE INITIAL																													
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-t-il obtenu un pointage de 4 ou plus à sa liste de vérification Demeurer autonome?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																												
Si le patient répond OUI à n'importe quelles des questions clés ou si le patient obtient un pointage de 4 ou plus à sa liste de vérification Demeurer autonome, procédez avec une ÉVALUATION DE LA DÉMARCHE, DE LA FORCE ET DE L'ÉQUILIBRE .	Si le patient répond NON à n'importe quelles des questions clés ou si le patient obtient un pointage de 3 ou moins à sa liste de vérification Demeurer autonome, offrez des interventions individualisées pour une personne âgée à Faible risque de chute.																												
ÉVALUATION DE LA DÉMARCHE, DE LA FORCE ET DE L'ÉQUILIBRE																													
Test chronométré du lever de chaise de Mathias (TUG)	Résultat : _____ secondes																												
Test d'équilibre à quatre étapes	Résultat : _____ nombre																												
Test du lever de chaise de 30 secondes	Résultat : _____ secondes																												
Si vous avez identifié un trouble de la démarche, de force musculaire ou d'équilibre, procédez avec une ÉVALUATION MULTIFACTORIELLE DU RISQUE DE CHUTE .	Si vous n'avez identifié aucun trouble de la démarche, de force musculaire ou d'équilibre chez un patient âgé qui signale une seule chute ou moins au cours de la dernière année, offrez des interventions individualisées pour une personne âgée à Faible risque de chute*.																												
TEST CHRONOMÉTRÉ DU LEVER DE CHAISE DE MATHIAS (TUG)	TEST D'ÉQUILIBRE À QUATRE ÉTAPES	TEST DU LEVER DE CHAISE DE 30 SECONDES																											
<p>Observez la stabilité posturale, la démarche, la longueur des foulées et le balancement. Notez tout ce qui s'applique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rythme timide et lent • Perte d'équilibre • Petites foulées • Peu ou pas de balancement des bras • Besoin de se stabiliser à l'aide des murs • Traîner des pieds • Se retourner « en bloc » • Usage inapproprié de l'appareil fonctionnel pour la marche <p>Une personne âgée qui prend plus de 12 secondes pour compléter le test chronométré de lever de chaise est à risque de chute.</p>	<p>Chronométrez et observez la stabilité posturale et le montant de balancement du patient durant chacune des quatre positions debout suivantes qui deviennent progressivement plus difficile à maintenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pieds en position parallèle • Pieds en position semi-tandem • Pieds en position tandem • Debout sur un seul pied <p>Il est important que le patient n'utilise aucun appareil fonctionnel pour la marche (cane ou marcheur). Cependant, il devrait garder leurs yeux ouverts durant le test. Une personne âgée qui ne peut pas maintenir une position tandem pour un minimum de 10 secondes est à risque plus élevé de chutes.</p>	<p>Comptez et notez le nombre de fois le patient réussi à se lever à une position debout complète en 30 secondes. Une personne âgée avec un pointage inférieur à la moyenne pour leur âge et sexe indique un risque plus élevé de chute.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">TABLEAU DE POINTAGE</th> </tr> <tr> <th>AGE</th> <th>HOMME</th> <th>FEMME</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>60-64</td> <td>< 14</td> <td>< 12</td> </tr> <tr> <td>65-69</td> <td>< 12</td> <td>< 11</td> </tr> <tr> <td>70-74</td> <td>< 12</td> <td>< 10</td> </tr> <tr> <td>75-79</td> <td>< 11</td> <td>< 10</td> </tr> <tr> <td>80-84</td> <td>< 10</td> <td>< 9</td> </tr> <tr> <td>85-89</td> <td>< 8</td> <td>< 8</td> </tr> <tr> <td>90-94</td> <td>< 7</td> <td>< 4</td> </tr> </tbody> </table>	TABLEAU DE POINTAGE			AGE	HOMME	FEMME	60-64	< 14	< 12	65-69	< 12	< 11	70-74	< 12	< 10	75-79	< 11	< 10	80-84	< 10	< 9	85-89	< 8	< 8	90-94	< 7	< 4
TABLEAU DE POINTAGE																													
AGE	HOMME	FEMME																											
60-64	< 14	< 12																											
65-69	< 12	< 11																											
70-74	< 12	< 10																											
75-79	< 11	< 10																											
80-84	< 10	< 9																											
85-89	< 8	< 8																											
90-94	< 7	< 4																											

* Si le patient se présente pour des soins médicaux en raison d'une chute, signale des chutes récurrentes (≥2) au cours de la dernière année ou signale des difficultés avec sa démarche ou son équilibre (avec ou sans réduction d'activité), effectuez une évaluation multifactorielle des risques de chute.

FACTEUR DE RISQUE DE CHUTE	PRÉSENT?	NOTES
ÉVALUATION MULTIFACTORIELLE DU RISQUE DE CHUTE		
Commencez en révisant chaque énoncé de la liste de vérification Demeurer autonome avec le patient. Ensuite obtenez des renseignements pertinents nécessaires afin de pouvoir compléter un historique ciblé avant de procéder à un examen physique , une évaluation fonctionnelle et une évaluation environnementale .		
CONDITIONS MÉDICALES		
Troubles cognitifs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autres troubles neurologiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
À risque de fracture de fragilisation / ostéoporose	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Acuité visuelle <i><20/40 ou sans examen des yeux depuis plus d'un an</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Hypotension posturale <i>Une baisse de la PA systolique \geq 20mmHg, ou de la PA diastolique de \geq 10mmHg ou une sensation de tête légère / étourdissement de la position allongée à la position debout</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autres maladies cardiovasculaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Maux et/ou douleurs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Problèmes articulaires ou de force musculaire des extrémités inférieures	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Problèmes de pieds	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autres conditions médicales / comorbidités <i>(veuillez préciser ci-dessous)</i> _____ _____		
MÉDICAMENTS (PRESCRIPTIONS, PRODUITS SANS ORDONNANCE, COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES)		
Médicaments psychotropes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Opioides	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Médicaments qui peuvent causer une sédation ou de la confusion	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Médicaments qui peuvent causer une hypotension	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
AUTRES FACTEURS DE RISQUE		
Consommation inappropriée d'alcool et/ou d'autres substances	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Peur de tomber <i>(Envisagez d'utiliser la liste de vérification Demeurer confiant)</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Utilisation inadéquates ou inappropriées des aides fonctionnelles	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Dangers potentiels dans et autour de la maison	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autres facteurs de risque (veuillez préciser ci-dessous) _____ _____		
Après avoir complété l'Évaluation multifactorielle du risque de chute, offrez des interventions individualisées pour une personne âgée à Risque élevé de chute.		

Pour plus d'information à propos des lignes directrices de pratique clinique recommandées pour le dépistage, l'évaluation et les interventions du risque de chute, veuillez consulter le site web **Trouver l'équilibre NB** à www.trouverlequilibrenb.ca