

MODÈLE DE FICHE DE CHUTE EHPAD

Document opérationnel à adapter à la procédure interne, au dossier résident et aux outils qualité de l'établissement.

1. Identification du résident et de l'événement

Nom / prénom du résident	
Date de naissance / âge	
GIR / niveau d'autonomie	
Date et heure de la chute	
Lieu précis	Chambre / salle de bain / couloir / salle commune / extérieur / autre :
Professionnel ayant découvert la chute	
Chute avec témoin ?	Oui / Non / Ne sait pas
Dernière observation connue	Heure, professionnel, situation observée :

2. Circonstances observées

Position retrouvée	Au sol / assis / contre un meuble / autre :
Activité supposée ou observée	Lever / transfert / toilette / déplacement / repas / nuit / autre :
Appel malade déclenché ?	Oui / Non / Impossible / Non applicable
Aide technique utilisée	Canne / déambulateur / fauteuil / lève-personne / aucune / autre :
Environnement	Sol sec / sol humide / obstacle / éclairage insuffisant / mobilier / chaussage / autre :

3. Constatations immédiates

État de conscience	Normal / confusion / somnolence / perte de connaissance suspectée / autre :
Douleur	Non / Oui — localisation, intensité, évolution :
Plaie / saignement / ecchymose	Non / Oui — localisation :
Déformation / suspicion fracture	Non / Oui — préciser :
Traumatisme crânien suspecté	Non / Oui / Ne sait pas
Mobilité après évaluation	Appui possible / appui impossible / mobilisation différée / autre :

4. Actions immédiates réalisées

Zone sécurisée / résident rassuré	Oui / Non — préciser :
Mobilisation ou relevage	Non / Oui — par qui, à quelle heure, avec quelle aide :
Professionnels alertés	AS / IDE / IDEC / médecin coordonnateur / médecin traitant / SAMU / autre :
Soins réalisés	
Surveillance mise en place	Fréquence, durée, points surveillés :
Transfert / avis médical	Non / Oui — destination, heure, décision :
Personne informée	Résident / personne de confiance / représentant légal / proche autorisé / autre :

5. Classification interne de la gravité

Niveau	Critères observés	Décision / suite	Coche
Sans lésion apparente	Aucune douleur persistante, pas de déficit observé.	Traçabilité, surveillance adaptée, analyse du risque.	■
Atteinte mineure	Plaie superficielle, ecchymose, douleur légère, gêne transitoire.	Soins, surveillance renforcée, avis selon contexte.	■
Grave ou potentiellement grave	Traumatisme crânien, douleur intense, fracture suspectée, déficit, détresse, perte de connaissance.	Avis médical urgent, mobilisation prudente, analyse approfondie.	■

6. Analyse des causes possibles

Famille de facteurs	Éléments à vérifier	Constats / actions
Résident	Équilibre, cognition, douleur, fatigue, nutrition, hydratation, traitements.	
Environnement	Éclairage, sol, obstacles, mobilier, sanitaires, hauteur du lit, chaussage.	
Organisation	Horaires, passages, transmissions, accompagnement, période jour/nuit.	
Technique	Appel malade, détecteur, aide technique, maintenance, accessibilité.	

7. Plan d'action et prévention de la récurrence

Risque de chute réévalué	Oui / Non — outil utilisé, date, professionnel :
Projet personnalisé mis à jour	Oui / Non / À programmer
Actions environnementales	Éclairage, mobilier, chemin lit-toilettes, obstacles, aide technique :
Actions soignantes / rééducation	Surveillance, kinésithérapie, aide au lever, accompagnement :
Actions organisationnelles	Transmission, passage de nuit, consignes équipe, commission chute :
Responsable du suivi	
Date de réévaluation	

8. Validation et archivage

Fiche renseignée par	Nom, fonction, signature :
Relecture / validation	IDE / IDEC / médecin / direction / qualité :
Date d'archivage	
Support d'archivage	Dossier résident / logiciel métier / outil qualité / autre :

Domalys by LINET — Modèle indicatif, à adapter aux procédures internes et aux obligations applicables à l'établissement.