 **Checklist pour niveau de risque de chute**

 **pour Plan de prévention de chute** *(juin 2018)*

**Nom du client** :

**Date** :

**Complété par** :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indication dans InterRAI CHA** | **Section**  | **Oui** |
| Vision  | D4 | [ ]  |
| Incontinence | H1 | [ ]  |
| Mobilité | G2e,f et G3 | [ ]  |
| Diagnostique | I1e et I2 pour Parkinsons, ostéoporose, arthrite | [ ]  |
| Chute | J1 et J2a,b | [ ]  |
| Médicaments  | L si 4 médicaments ou plus | [ ]  |

Mineur [ ]  65 ans+ seulement

Moyen [ ]  2 indicateurs

Haut [ ]  3 et plus indicateurs