 **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