

Fiche technique 08bis		DECLARATION DE CHUTE
VERSION N°:	2016-V2	
MOTIF DE MODIFICATION:		TAMPON STRUCTURE

Nom de l'utilisateur : ...		Prénom : ...	
Date de naissance : ...			
Adresse : ...			
N° tél. : ...			
Date : ...		Heure constatée de la chute : ...	
Nom de l'aide à domicile ayant constaté la chute : ...		Signature :	
Lieu de la chute : ...		Cause : ...	
Heure de la chute : ...			
Circonstances détaillées de la chute, en précisant la source si possible : ...			
Conséquences physiques de la chute :			
Difficultés à respirer :	<input type="checkbox"/>	Difficultés à parler :	<input type="checkbox"/>
Saignements :	<input type="checkbox"/>	Plaies :	<input type="checkbox"/>
Douleurs :	<input type="checkbox"/>	Perte de connaissance :	<input type="checkbox"/>
Le médecin a-t-il été contacté ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Si oui à quelle heure : ...
Nom du médecin : ...			
Le SAMU a-t-il été contacté ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
L'utilisateur a-t-il été transporté à l'hôpital ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NE SAIT <input type="checkbox"/>
Lequel : ... PAS			
Observations complémentaires :			
- Heure de fin d'intervention : ...			
- Refus de la personne d'appeler le médecin :		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
- Situation du conjoint à votre départ : ...			