Clinique des chutes
brochure préliminaire
FR

azdelta
Uw ziekenhuis.

Chère patiente, Cher patient,

Vous séjournez aujourd'hui à la clinique des chutes de l'hôpital de jour de gériatrie AZ Delta.
Nous aimerions vous demander de remplir cette brochure afin d'avoir un meilleur aperçu de votre historique de chutes.

L'équipe de la clinique des chutes

1. Historique des chutes

- Êtes-vous tombé(e) l'année dernière ? Oui/Non
  Si oui :
  - Combien de fois ? .....
  - Moment de la chute ? .....

- Dans quelles circonstances êtes-vous tombé(e) ?

.....

.....

.....

- Quelle était la cause de la chute ?

.....

.....

.....

- Quelles ont été les conséquences de la chute ?

.....

.....

.....

- Pensez-vous que vous allez encore tomber à l'avenir ? Oui/Non

2. Activités de la vie quotidienne

- Vous arrive-t-il de monter sur une chaise ou une échelle pour atteindre quelque chose ? Oui/Non

- Disposez-vous d'aides à domicile (telles qu'un lit d'hôpital, une chaise de douche, un siège de toilette, des poignées, un fauteuil inclinable) ? Oui/Non
  Si oui : Précisez : .....

3. Facteurs de risque de chute

Mobilité

- Utilisez-vous un dispositif d'aide à la marche ? Oui/Non
  Si oui :
  - Lequel ? Canne/cadre de marche/déambulateur à 2 roues/déambulateur à 4 roues
  - Quand l'utilisez-vous ?.....
  .....

- Pouvez-vous entrer et sortir seul du lit ? Oui/Non

- Pouvez-vous vous lever seul ? Oui/Non

Troubles cognitifs/confusion

- Avez-vous des problèmes de mémoire ou des oublis ? Oui/Non

- Êtes-vous moins concentré(e) ces derniers temps ? Oui/Non

Humeur

- Vous sentez-vous triste ou déprimé(e) ces derniers temps ? Oui/Non

- Ces dernières semaines, ressentez-vous encore du plaisir ou de l'intérêt pour des activités qui vous plaisent normalement ? Oui/Non

- Êtes-vous satisfait(e) intérieurement de votre vie ? Oui/Non

- Avez-vous l'impression que votre vie est vide ? Oui/Non

- Avez-vous peur qu'il vous arrive quelque chose de fâcheux ? Oui/Non

- Vous sentez-vous généralement heureux(se) ? Oui/Non

Peur (de tomber)

- Avez-vous peur de tomber à nouveau ? Oui/Non

- Y a-t-il des choses que vous ne faites pas ou plus parce que vous avez peur de tomber ? Oui/Non

- Vous sentez-vous plus anxieux ces derniers temps ? Oui/Non

Vertiges

- Souffrez-vous de vertiges/tournis ? Oui/Non
  Cela vous arrive-t-il lorsque :
  - vous vous levez du lit, d'une chaise ou d'un siège ? Oui/Non
  - vous vous baissez ? Oui/Non
  - vous êtes couchée(e) sur le côté dans le lit ? Oui/Non

- Ressentez-vous des vertiges lors de mouvements soudains de la tête ? Oui/Non

Problèmes de miction et de continence

- Avez-vous déjà eu des pertes d'urine involontaires ou perdu le contrôle de la miction au cours de l'année écoulée ? Oui/Non

- À quelle fréquence avez-vous des pertes d'urine involontaires ? Jamais/Rarement/Souvent/Toujours
- Quand les pertes d'urine se produisent-elles surtout ? le jour/la nuit
- Avez-vous des pertes d'urine lorsque vous toussez, éternuez ou sautez ? Oui/Non
- Vous arrive-t-il d'avoir des pertes d'urine parce que le besoin d'uriner est tellement fort que vous n'arrivez pas à temps aux toilettes ? Oui/Non

Problèmes de pieds et chaussures

- Avez-vous mal aux pieds ? Oui/Non
- Avez-vous des picotements ou des sensations de brûlure dans les pieds et/ou les jambes ? Oui/Non
- Quelles chaussures portez-vous à l'intérieur ? Chaussures ouvertes/fermées
- Quelles chaussures portez-vous à l'extérieur ? Chaussures ouvertes/fermées

Vue

- Avez-vous des difficultés à lire, à regarder la télévision ou à conduire ? Oui/Non
- Votre dernière visite chez l'ophtalmologue ou l'opticien remonte-t-elle à plus d'un an ? Oui/Non
- Utilisez-vous des lunettes bifocales ou multifocales ? Non/Lunettes bifocales/Lunettes multifocales

Ouïe

- Avez-vous du mal à suivre les conversations dans des lieux très fréquentés ? Oui/Non
- Avez-vous du mal à suivre les conversations individuelles ? Oui/Non

État nutritionnel

- Comment est votre appétit ? Bon/moyen/manque d'appétit
- Avez-vous maigri ? Oui/Non
- Avez-vous une alimentation variée (notamment légumes, fruits, repas chauds et produits laitiers) ? Oui/Non

Alcool

- Buvez-vous de l'alcool ? Oui/Non
- Combien de verres standard (200 ml) d'alcool buvez-vous par jour ?

.....

Douleur

- Avez-vous mal quelque part ? Oui/Non
  Si oui : Précisez : .....

4. Facteurs environnementaux

- Utilisez-vous un système d'alarme ? Oui/Non
- Vous promenez-vous parfois en chaussettes ? Oui/Non
- Y a-t-il des tapis dans la maison ? Oui/Non

- L'espace de marche est-il suffisant pour que vous puissiez passer facilement d'un endroit à l'autre sans vous cogner à chaque fois ? Oui/Non

- Utilisez-vous les escaliers ? Oui/Non

- Y a-t-il des marches à l'intérieur ou à l'extérieur ? À l'intérieur/à l'extérieur/les deux

- Tout est-il à hauteur des yeux/à portée de main ? Oui/Non

- Allumez-vous la lumière lorsque vous allez aux toilettes la nuit ? Oui/Non

- Y a-t-il des fils ou des câbles dans la maison que vous devez enjamber ? Oui/Non

5. Aide à domicile

- Avez-vous des soins infirmiers à domicile ? Oui/Non
  Si oui : Précisez : .....

- Préparez-vous vous-même vos repas chauds ? Oui/Non
  Si non :
  - Qui vous fournit des repas chauds ? .....

- Suivez-vous des séances de kiné ? Oui/Non

- Avez-vous une aide familiale ? Oui/Non

- Qui est votre aidant proche : .....

- L'aide à domicile actuelle est-elle suffisante ? Oui/Non

Contact

CAMPUS RUMBEKE
Tél. : 051 23 38 92
heures d'ouverture : tous les jours de la semaine (sauf le mercredi)
7 h 30 - 17 h 30

CAMPUS MENIN
Tél. : 056 52 21 62
heures d'ouverture : tous les jours de la semaine (sauf le mercredi)
8 h - 16 h 30

CAMPUS TORHOUT
Tél. : 050 23 23 65
heures d'ouverture : tous les jours de la semaine (sauf le mercredi)
8 h 30 - 17 h

www.azdelta.be

Source : équipe Clinique des chutes

Médecins

CAMPUS RUMBEKE
Dr Felicia Bentin
Dr Caroline Bonnave
Dr Katrien Cobbaert
Dr Sofie Desmet
Dr Celine Detrémerie
Dr Benedikte Maenhout
Dr Hanne Maes
Dr Ine Mahieu

CAMPUS MENIN
Dr Felicia Bentin
Dr Caroline Bonnave
Dr Katrien Cobbaert
Dr Sofie Desmet
Dr Celine Detrémerie
Dr Benedikte Maenhout
Dr Hanne Maes
Dr Ine Mahieu

CAMPUS TORHOUT
Dr Ilse Casteleyn
Dr Eva De Raes
Dr Liesbeth Verstraete

AZ Delta Deltalaan 1, 8800 Roeselare **t** 051 23 71 11 **e** info@azdelta.be **w** www.azdelta.be
0520 6294-FR **Cette brochure est revisée le 30/06/2025**