

OUTILS :

Aperçu du mois :

Rappels mensuels pour la
prévention des chutes

Année : _____



Rappels mensuels	Janv.		Févr.		Mars		Avr.		Mai		Juin		Juill.		Août		Sept.		Oct.		Nov.		Déc.	
(vérifier ✓) O = Oui, N = Non	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
Avez-vous remarqué des changements dans la mobilité ou l'équilibre?																								
Avez-vous remarqué des changements dans l'aisance à accomplir les tâches quotidiennes (p. ex., prendre un bain, aller aux toilettes, se déplacer)?																								
Avez-vous remarqué des difficultés à prendre les médicaments correctement? Avez-vous remarqué de nouveaux effets secondaires?																								
Any changes in vision or hearing (e.g., squinting, struggling to hear)?																								
Avez-vous remarqué des changements dans la vision ou l'ouïe (p. ex., plisser les yeux, avoir de la difficulté à entendre)?																								

Remarques/observations :

Prenez le temps de vérifier comment se porte votre santé mentale.
Si vous avez plus de mauvaises journées que de bonnes journées, n'hésitez pas à demander du soutien ou à composer le 9-8-8