

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

RAAC CHIRURGIE COLORECTALE PRE OPERATOIRE SOINS ET SURVEILLANCES

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

- Type de chirurgie**
- ☐ Chirurgie par laparotomie ☐ Iléostomie prévue → Consultation en nutrition
- ☐ Chirurgie par laparoscopie ☐ Colostomie prévue → Consultation en stomathérapie
- ☐ Chirurgie par laparoscopie avec haut risque de conversion

Niveau de soins ☒ Se référer à AH-744

INFORMATIONS GÉNÉRALES

- ✓ Effectuer le rasage préopératoire. Suivre [PRO-10100 Rasage préopératoire et préprocédure](#);
- ✓ Pour la médication à recevoir en préopératoire, suivre l'[OIP-855 RAAC chirurgie colorectale pré opératoire - Interne](#);
- ✓ Effectuer la vérification préopératoire, compléter [CLI-60294 Vérification préopératoire](#);
- ✓ Il est recommandé que l'usager prenne une douche préopératoire avec chlorhexidine 4% ou savon régulier sans parfum la veille au soir ou le matin de la chirurgie;

NUTRITION

- ✓ Usager avec préparation intestinale : Diète liquides clairs stricts la veille de la chirurgie de midi à minuit. Les liquides clairs peuvent être poursuivis jusqu'à 2h00 avant le départ vers l'hôpital, ensuite jeûne stricte.
- ✓ Usager sans préparation intestinale : L'ingestion de solides jusqu'à minuit la veille de la chirurgie et de liquides clairs jusqu'à 6 heures le matin de la chirurgie est autorisée. Suivre [DIR-10235 Jeûne préopératoire chez les usagers de 14 ans et plus devant subir une intervention chirurgicale élective](#)

Source de glucides :

- ☐ Aucune source de glucides (usager diabétique)
- ☐ Donner la boisson glucidique complexe en max 5 minutes (ex. PREcovery^{MC}), 2 heures avant la chirurgie

LABORATOIRES ET EXAMENS

- ✓ FSC et bilan de fer* ☐ Urée/créatinine ☐ Croisement
- ✓ Glucose ☐ Na⁺/K⁺/Cl⁻ ☐ HbA1c (si diabétique et non fait dans les 3 derniers mois)
- ✓ Dépistage SARM ☐ Code 50
- ✓ ECG (requis si 50 ans et plus)

Autre : _____

Le matin de la chirurgie

☐ Code 50 ☐ Albumine ☐ HB ☐ Croisement (2 culots en réserve)

Autre : _____

ANÉMIE

- ☐ Si hémoglobine récente inférieure à 115 g/L → Faire bilan de fer*
- *Fer, transferrine, ferritine, % saturation en fer, TIBC
- ✓ Signer le formulaire de consentement pour une transfusion : [AH-113 DT9495 Consentement à la transfusion de produits sanguins labiles ou dérivés du plasma humain](#)

CONSULTATION PRÉOPÉRATOIRE (compléter la requête)

☐ Médecine interne ☐ Anesthésiologiste ☐ Nutritionniste ☐ Autre : _____

Raison : _____

AUTRE

- ✓ Installer la couverture chauffante ou jaquette (clientèle ambulatoire) « bear hugger » à l'arrivée de l'usager à l'étage

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du prescripteur

permis

☐ Envoyé par _____ (init.) Heure d'envoi : _____ Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)