

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

CDJ ET HOSPITALISATION BREVE POST OPERATOIRE GYNECOLOGIE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

Type de chirurgie : _____

ACCÈS VEINEUX

_____ Terminer le soluté en cours, puis NaCl 0,9% à _____ mL/h

Initiales

_____ Cesser la perfusion lorsque le soluté en cours est terminé

Initiales

Autre : _____

ANTIÉMÉTIQUES

_____ DimenhyDRINATE ☐ 25 mg OU ☐ 50 mg ☐ PO ☐ IR ☐ IV q 4 à 6 h PRN

Initiales

_____ Ondansétron ☐ 4 mg OU ☐ 8 mg ☐ PO ☐ IV q 8 h PRN, si dimenhyDRINATE inefficace après 30 minutes

Initiales

_____ Métoclopramide 10 mg IV q 6 h PRN, si ondansétron inefficace après 30 minutes

Initiales

ANALGÉSQUES

_____ Acétaminophène ☐ 650 mg q 4 h OU ☐ 1000 mg q 6 h ☐ PO ☐ IR ☐ Régulier ☐ PRN si douleur légère ou modérée

Initiales

_____ Naproxène* 500 mg PO BID ☐ Régulier ☐ PRN si douleur légère ou modérée

Initiales

* ATTENTION : prudence chez usagère à risque (maladie cardiovasculaire ou insuffisance rénale), ajuster la dose en conséquence

_____ Morphine _____ mg PO ou demi-dose SC q 4 h PRN si douleur sévère

Initiales

_____ HYDROmorphone _____ mg PO ou demi-dose SC q 4 h PRN si douleur sévère

Initiales

Autre : _____

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du prescripteur

permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)