

Installation : _____

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ
NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM
Nom, Prénom de la mère : _____

**PUC DU GENOU, PTG ET PTH
PRE OPERATOIRE
SOINS ET SURVEILLANCES**

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

Type de chirurgie : ☐ Prothèse unicompartimentale du genou (PUC) ☐ Gauche
☐ Prothèse totale du genou (PTG) ☐ Droite
☐ Prothèse totale de la hanche (PTH)

PHASE PRÉOPÉRATOIRE

- ✓ 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 usagers de 14 ans et plus – chirurgie électorive*;
- ✓ Il est recommandé que l'usager prenne une douche préopératoire avec de la chlorhexidine 4% ou un savon régulier sans parfum la veille au soir ou le matin de la chirurgie;
- ✓ Effectuer le rasage préopératoire. Suivre *PRO-10100 Rasage préopératoire et pré procédure*;
- ✓ Pour la médication à recevoir 1 à 2 heures avant l'induction, suivre l'*OIPI-721 Chirurgie d'un jour/hospitalisation brève – PUC du genou, PTG et PTH – Rx préopératoire*;
- ✓ Effectuer la vérification préopératoire. Compléter *CLI-60294 Vérification préopératoire*.

LABORATOIRE ET EXAMEN PRÉOPÉRATOIRE

- ✓ FSC ☐ Urée/créatinine ☐ HbA1c (si diabétique et non fait dans les 3 derniers mois)
- ✓ Glucose ☐ Na⁺/K⁺/Cl⁻ ☐ PT-PTT (si anticoagulé ou trouble de la coagulation)
- ✓ Dépistage SARM ☐ Code 50
- ☐ ECG (✓ requis si 40 ans et plus) ☐ Croisement

Autre : _____

- ✓ Radiographie selon procédure en vigueur.
Compléter la requête en identifiant : le type d'examen, le requérant et les renseignements cliniques (*préopératoire + nom de la chirurgie + côté droit ou gauche*)

Autre : _____

CONSULTATION PRÉOPÉRATOIRE (compléter la requête)

- ☐ Médecine interne
- ☐ Anesthésiologie

Autre : _____

Raison : _____

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