

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
POST 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 POSTOPÉRATOIRE

→ Se référer à RSI-6025 Soins et surveillances postopératoires chez la clientèle hospitalisée

- ✓ **Signes vitaux** et **degré de sédation** postopératoires selon RSI-6025;
- ✓ Administrer **O₂** pour saturation supérieure ou égale à 92% ou _____% (cesser O₂ si SpO₂ visée atteinte);
- ✓ Si **température buccale** supérieure à 38,5°C ou rectale supérieure à 38°C
 - Jour postopératoire #1 et #2 : Aviser médecin à sa visite. Si ↓ état général, aviser le médecin immédiatement;
 - Jour postopératoire #3 et suivants : Aviser médecin et faire : FSC, hémoculture x 2, analyse et culture d'urine;
- ✓ Procéder à l'**auscultation pulmonaire** q 8 h x 24 heures puis PRN;
- ✓ Évaluer la **douleur** et surveiller la **fonction neurovasculaire** q 4 h x 24 heures puis q 8 h et PRN;
- ✓ Évaluer et surveiller le site opératoire à chaque visite;
- ✓ Appliquer de la **glace** au site opératoire x 20 minutes q 2 h PRN;
- ✓ Dosage des **ingestas et excréta** q 8 h x 24 heures **OU** _____;
- ✓ Si **diurèse** inférieure à 120 mL/4 heures, voir conduite sur OIPI-758 PUC du genou PTG et PTH postopératoire immédiat;
- ✓ Faire **cathétérisme urinaire** si bladder scan supérieur ou égal à 800 mL ou _____ mL;
Procéder à l'installation de la sonde urinaire post 3^e cathétérisme;
- ✓ Stimuler les exercices d'**inspirométrie** x 5 min q 1 h et **exercices circulatoires** 10 répétitions q 1 h, respecter sommeil.

ALIMENTATION

- ✓ Diète régulière **OU** ☐ Diète contrôlée en glucides **OU** ☐ Diète hyposodée (2,3 g)

Autre : _____

☐ Restriction liquidienne : _____ mL/24 heures

MOBILISATION

- ✓ Verticaliser l'usager dès le Jour postopératoire # 0;
- ✓ Procéder au 1^{er} lever au Jour postopératoire # 0, maximum 4 heures après la chirurgie;
- ✓ Mobiliser q 2 h et PRN si usager est repos au lit;
- ✓ Séance au fauteuil à chaque repas et PRN;
- ✓ Bas de compression intermittente lorsqu'au lit, à cesser dès que l'usager se mobilise.
- ☐ PTG : coussin fléchisseur sous le genou, retirer dès le 1^{er} lever ou 3 heures postopératoire maximum
- ☐ PTH : coussin abducteur entre les jambes lorsqu'au lit x 24 heures puis cesser
- ☐ Utilisation du lève-personne permis
- ☐ Utilisation du verticalisateur permis

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du prescripteur

permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi :

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

PUC DU GENOU, PTG ET PTH
POST OPERATOIRE
SOINS ET SURVEILLANCES
(SUITE)

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
 AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

Mise en charge

- ☐ Complète selon tolérance ☐ Appui orteil x _____ semaines
- ☐ Partielle _____ % x _____ semaines ☐ Aucune mise en charge x _____ semaines

Restriction de mouvements

- ☐ Selon tolérance sans restriction de mouvement ☐ Précaution d'approche antérieure
- ☐ Précautions d'approche postérieure ☐ Amplitude articulaire permise du membre opéré : _____ degrés

Autre : _____

SOINS DE PLAIE

- ☐ Retrait de la colle par le chirurgien lors du 1^{er} RV de suivi ☐ Retrait des agrafes/colle dans _____ jour(s)
- ☐ Retirer le pansement dans _____ jour(s) ☐ Changer le pansement si souillé à 80%
- ✓ Douche permise si pansement OPSITE post-opératoire visible (alvéolaire) en place

Autre : _____

LABORATOIRE ET EXAMENS POSTOPÉRATOIRES

- ✓ Radiographie à la salle de réveil
- ☐ Radiographie postopératoire jour # : _____
- ✓ FSC, Glucose, Urée/Créatinine, Na⁺/K⁺/Cl⁻ DIE x 3 jours (aviser médecin si Hb inférieure à _____ g/L)
- ☐ PT-PTT DIE x _____ jour(s)
- ☐ Troponine DIE x _____ jour(s)

Autre : _____

- ☐ Glycémie capillaire : ☐ QID ☐ Selon ordonnance d'insuline Autre : _____

CONSULTATON POSTOPÉRATOIRE (compléter la requête)

- ✓ Physiothérapie (en chirurgie d'un jour : consultation en physiothérapie au besoin seulement)
- ☐ Service social ☐ Nutrition ☐ Ergothérapie ☐ Médecine interne

Autre : _____

CONGÉ

- ☐ Selon les critères de la physiothérapie (clientèle hospitalisée)
- ☐ Lorsque les critères de congé PADSS modifiés sont atteints (Clientèle de la chirurgie d'un jour). Compléter *CLI-60061 Observation soins infirmiers postopératoire – Chirurgie d'un jour*
- ☐ Se référer à *RSI-6025 Soins et surveillances postopératoires chez la clientèle hospitalisée (section 2.3 planification du congé)*
- ☐ Rendez-vous de suivi en clinique externe dans _____ semaine(s)
- ☐ Avec radiographie de contrôle, compléter la requête
- ☐ Sans radiographie de contrôle

Autre : _____

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis
☐ Envoyé par _____ (init.)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)