

Installation : _____

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

**RAAC GYNECOLOGIE
ADMISSION POST OPERATOIRE**

Poids : _____ kg Taille : _____ cm
Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

Type de chirurgie : _____

ACCÈS VEINEUX

_____ NaCl 0,9% à _____ mL/h puis quand diète tolérée ☐ Soluté TVO **OU** ☐ cathéter court salin **OU** ☐ cesser soluté

Initiales

_____ Bolus de NaCl 0,9% 500 mL en 1 heure x 1 dose si diurèse inférieure ou égale à 120 mL/4 h

Initiales

Autre : _____

ANALGÉSIE (débuter post protocole d'anesthésiologie s'il y a lieu)

_____ Acétaminophène ☐ 650 mg q 4 h OU ☐ 1000 mg q 6 h ☐ PO ☐ IR

Initiales

_____ Naproxène* 500 mg PO BID x _____ jours puis PRN

Initiales

_____ Célécoxib* ☐ 100 mg OU ☐ 200 mg PO BID x _____ jours puis PRN

Initiales

_____ Indométhacine* 100 mg IR q 12 h si naproxène ou célécoxib impossible PO

Initiales

_____ Indométhacine* 100 mg IR q 12 h x _____ jours puis PRN

Initiales

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

_____ Pantoprazole 40 mg PO DIE en cytoprotection lors de prise de célécoxib ou naproxène

Initiales

_____ HYDROMORPHONE _____ mg PO ou demi-dose SC q 4 h PRN (**favoriser si usager de 75 ans ou plus ET/OU fragile¹ ou IRC**)

Initiales

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

Initiales

Autre : _____

ANTI-NAUSÉUX (débuter post protocole d'anesthésiologie s'il y a lieu)

Suggéré si usager de 75 ans et plus ET/OU fragile : ÉVITER dimenhyDRINATE et métoclopramide, UTILISER ondansétron seul

_____ DimenhyDRINATE ☐ 25 mg ☐ 50 mg IV q 4 h PRN si nausées

Initiales

- Si inefficace après 30 minutes, ondansétron 4 mg IV q 8 h PRN nausées
- Si inefficace après 30 minutes, métoclopramide 10 mg IV q 6 h PRN. Aviser médecin si inefficace

OU

_____ Ondansétron ☐ 4 mg ☐ 8 mg IV q 8 h PRN si nausées

Initiales

1 → fragile = échelle de fragilité de 4 et plus (voir [AMC-DSIEU-6167 Échelle de fragilité clinique](#))

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du prescripteur

_____ # permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

RAAC GYNECOLOGIE
ADMISSION POST OPERATOIRE
(SUITE)

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

THROMBOPROPHYLAXIE (débuter post protocole d'anesthésiologie s'il y a lieu)

_____ Daltéparine Initiales OU _____ Héparine non fractionnée Initiales	☐ 2500 unités SC DIE si poids inférieur à 45 kg ☐ 5000 unités SC DIE si poids de 45 à 100 kg ☐ 5000 unités SC BID si poids supérieur à 100 kg ☐ 5000 unités SC BID si poids inférieur ou égal à 100 kg ☐ 5000 unités SC TID si poids supérieur à 100 kg	}	x _____ jours
---	--	---	---------------

Consulter au besoin [OIPi-714 Thromboprophylaxie](#)

Autre : _____

MÉDICATION COMPLÉMENTAIRE

_____ Polyéthylène glycol (PEG 3350) 17 g PO DIE ☐ Régulier ☐ PRN si constipation ☐ DIE lors de prise d'opiacés
Initiales

Autre : _____

SOINS ET SURVEILLANCES : Remplir [OIPi-954 ADMISSION POST OPERATOIRE GYNECOLOGIE – Soins et surveillances](#)

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