Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest
Québec

Installations:_____

Dossier : _____

Nom, prénom_____

Date de naissance : _____ / ___ / ____ ❑ F ❑ M
année mois jour

Nom de la mère : _____

Nom du père : _____

CDJ ORTHOPÉDIE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergie(s) :_____

Analgésie

_____ Acétaminophène 650 mg PO ou IR aux 4 h régulier
Initiales md

_____ Acétaminophène 650 mg PO ou IR aux 4 h PRN si douleur
Initiales md

_____ Naproxène 500 mg PO x 1 dose
Initiales md

_____ HYDROmorphone _____ mg PO ou si PO non toléré : 50 % de la dose en SC aux 4 h PRN si douleur
Initiales md

_____ Morphine _____ mg PO ou si PO non toléré : 50 % de la dose en SC aux 4 h PRN si douleur
Initiales md

Autres médicaments pour la douleur :

_____
_____
_____

Médication complémentaire

_____ D5%NaCl 0,45% ou _____ à ____mL/ h ou 120 mL/ h, à cesser lorsque s'hydrate et qu'il n'y a plus de médicament IV
Initiales md

À débuter lorsque le protocole d'analgésie post-opératoire (épidurale, bloc plexique, neuroaxial ou ACP) est terminé.

_____ DimenhyDRINATE 50 mg IR / IV / PO aux 6 h PRN si nausées ou vomissements
Initiales md

_____ Si nausées ou vomissements non soulagés par dimenhyDRINATE après 30 min., ondansétron 4 mg IV aux 8 h PRN
Initiales md

_____ Si nausées ou vomissements non soulagés par l'ondansétron après 30 min., métoclopramide 10 mg IV aux 8 h PRN
Initiales md

_____ DiphenHYDRAMINE 25 mg IV aux 6 h PRN si prurit.
Initiales md

Autres médicaments :

_____
_____
_____
_____

_____	_____	_____
Date et heure (AAAA-MM-JJ)	Signature du médecin	# permis

❑ **FAX envoyé par _____ (init.) Heure d'envoi : _____ Ordonnance relevée par : _____(init. inf)**

_____

_____

_____

Autres :

- Diète régulière
- Signes vitaux de routine en post-opératoire (TA, FC, FR, Sat.), Évaluer échelle de sédation
- Cathétérisme aux 6-8 h
- Départ ce jour
  - ❑ Après visite médicale
  - ❑ Sans visite médicale
- Restriction de mouvements:
  - ❑ Mobilisation selon tolérence permise
  - ❑ Mise en charge: ❑ complète ❑ partielle _____% X ____sem
    ❑ appui orteil X ____ sem ❑ aucune
    ❑ autre: _____
  - ❑ Autres restrictions de mouvements: _____
- Soins de plaie:
  - Pansement:
    - ❑ _____
    - ❑ Garder le pansement jusqu'au rendez-vous de contrôle
    - ❑ Changement de pansement au CLSC dans _____ jours
    - ❑ Retrait du pansement par l'usager
    - ❑ Autres: _____
  - Points/agraffes:
    - ❑ Retrait lors du premier rendez-vous de contrôle
    - ❑ Retrait des points/agraffes au CLSC dans _____ jours
    - ❑ Autres: _____

- Rendez-vous dans _____ en clinique externe
  - ❑ avec radiographie de controle
  - ❑ sans radiographie de contrôle

❑ Donnez feuillet _____ à l'usager lors de son congé

Autres prescriptions non médicamenteuses :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____ _____

Date et heure (AAAA-MM-JJ) Signature du médecin # permis

☐ **FAX envoyé par _____ (init.) Heure d'envoi : _____ Ordonnance relevée par : _____(init. inf)**