



MOCLI60452

Installation : _____

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj
NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm
Nom, Prénom de la mère : _____

VÉRIFICATION PRÉOPÉRATOIRE - CÉSARIENNE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm IMC : _____ kg/m²

JOUR DE LA CHIRURGIE

Date : _____ aaaa/mm/jj Heure : _____ hh:mm

☐ Césarienne urgente (P1 et P2) ☐ Césarienne électorve ☐ Ligature ☐ Hystérectomie

Âge gestationnel : _____ et _____ / 7 jours

Urgences obstétricales : ☐ Saignements ☐ Position fœtale ☐ Détresse fœtale ☐ Dystocie du travail

☐ Autres : _____

Diabète gestationnel : ☐ Oui ☐ Non Traitement : ☐ Diète ☐ Insuline

Hypertension artérielle gravidique : ☐ Oui ☐ Non

Autres diagnostics pertinents : _____

À jeun : ☐ Solides : _____ hh:mm ☐ Liquides : _____ hh:mm

Médicaments cessés : ☐ Anticoagulants : _____ aaaa/mm/jj ☐ Hypoglycémians : _____ aaaa/mm/jj ☐ Autre : _____

Médicaments pris ce jour par l'usager : ☐ Oui ☐ Non ☐ Voir profil pharmaceutique

Préciser : _____

Initiales : _____

VÉRIFICATION DU DOSSIER

	OUI	NON	S.O.	COMMENTAIRES
Dossier antérieur	☐	☐	☐	
Carte d'hôpital	☐	☐	☐	
Requête opératoire / Demande d'admission	☐	☐	☐	
Consentements signés (général / opératoire / anesthésique)	☐	☐	☐	
Liste de médicaments	☐	☐	☐	
Anamnèse / Examen physique	☐	☐	☐	
Formulaire clinique de préadmission	☐	☐	☐	
ECG (40 ans et plus ou prescription)	☐	☐	☐	
Banque de sang (code 50) ☐ Culots en réserve : _____	☐	☐	☐	
Autres analyses de laboratoires / examens (voir notes)	☐	☐	☐	
Précautions additionnelles : _____	☐	☐	☐	
Autres : _____	☐	☐	☐	
Signature et titre : _____				Date : _____ aaaa/mm/jj

#Dossier :

VÉRIFICATION AUPRÈS DE L'USAGER								
	OUI	NON	S.O.		OUI	NON	S.O.	
Bracelet d'identité	☐	☐	☐	Lunettes / lentilles cornéennes retirées	☐	☐	☐	
Bracelet d'allergie	☐	☐	☐	Vêtements / sous-vêtements retirés	☐	☐	☐	
Bracelet de risque de chute	☐	☐	☐	Maquillage / vernis à ongle / broches à cheveux retirés	☐	☐	☐	
Prothèses auditives retirées : ☐ G ☐ D	☐	☐	☐					
Prothèses dentaires retirées : ☐ Haut ☐ Bas	☐	☐	☐	Bijoux / Piercing / Microdermal retirés	☐	☐	☐	
				Rasage fait, site : _____	☐	☐	☐	
Notes : _____								
_____ Initiales : _____								

ÉVALUATION PRÉOPÉRATOIRE			
Allergies : ☐ Iode ☐ Latex ☐ Autres : _____			
Signes vitaux : hh:mm TA : _____ mm/Hg FC : _____ /min FR : _____ /min T° : _____ °C Sat : _____ %			
Glycémie : hh:mm _____ mmol/L (si requise)			
Diurèse : ☐ Miction libre à l'appel : hh:mm ☐ Sonde vésicale en place (voir notes complémentaire)			
☐ Médication préopératoire reçue : ☐ Voir FADM			
Heure	Nom du médicament et dosage	Voie d'administration	Initiales
hh:mm			
hh:mm			
hh:mm			

Surveillance fœtale :

Cœur fœtal Bébé #1 : hh:mm _____ bpm hh:mm _____ bpm

Cœur fœtal Bébé #2 : hh:mm _____ bpm hh:mm _____ bpm

Cœur fœtal Bébé #3 : hh:mm _____ bpm hh:mm _____ bpm

☐ Électrode fœtale retirée ☐ Capteur de tocométrie interne retiré

Départ pour la salle d'opération : hh:mm Initiales : _____

[illegible]

INITIALES	SIGNATURE ET TITRE	DATE	INITIALES	SIGNATURE ET TITRE	DATE
		aaaa/mm/jj			aaaa/mm/jj
		aaaa/mm/jj			aaaa/mm/jj
		aaaa/mm/jj			aaaa/mm/jj