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

MOCLI60758

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ (aaaa/mm/jj) ☐ F ☐ M

NAM : _____ Exp. _____ (aaaa/mm)

Nom, prénom de la mère : _____

Installation : _____

SALLE D'INDUCTION - ANESTHÉSIOLOGIE

Date : ____ (aaaa/mm/jj) Procédure : _____
Heure début : ____ (hh:mm) Anesthésiologiste : _____
Heure fin : ____ (hh:mm) Assistant : _____
Poids : _____ Inhalothérapeute : _____

Médicaments

IDENTIFICATION

Par : _____
____ (hh:mm)
☐ Verbale ☐ Bracelet
☐ Dossier ☐ D.D.N.
Identification du site opératoire : _____
Jeûne depuis : _____
Test de grossesse :
☐ Positif ☐ Négatif
Allergies :
☐ Oui ☐ Non

MONITORAGE

☐ ECG ☐ Saturo
☐ Capno ☐ T°
☐ TANI ☐ D ☐ G

OXYGÈNE

☐ O_2 _____ L/min
☐ LN ☐ TF ☐ Masque

ACCÈS VEINEUX

☐ Cathéter :
☐ Site : _____

SOLUTÉ

☐ LR : _____ mL
☐ NaCl 0,9% : ____ mL

Heure																								
ECG																								
FiO_2																								
SpO_2																								
$ETCO_2$																								
FR																								
210																								
180																								
150																								
120																								
90																								
60																								
30																								
Inhalothérapeute																								
Cristalloïde																								

ANESTHÉSIE LOCO-RÉGIONALE

TECHNIQUE
☐ Écho ☐ Neurostimulateur
☐ Assise ☐ Latérale ☐ D ☐ G
☐ Brossage ☐ Gants ☐ Blouse
☐ Chlorhexidine 2% + Alcool 70% ☐ Champs
☐ Locale : Xylo _____ % _____ SC

NEURAXIALE

PÉRIDURALE
Niveau : _____ Nombre d'essais : _____
☐ Approche : _____
☐ Autre : _____

AIGUILLE
☐ Tuohy # : _____
☐ Autre : _____

MÉTHODE
Perte résistance : ☐ Salin ☐ Air
☐ Absence de sang
☐ Absence de paresthésie
☐ Absence LCR ☐ LCR clair
☐ Aiguille à : _____ cm
☐ Cathéter à : _____ cm de la peau

MÉDICAMENTS :

BLOC NERVEUX

TYPE : _____
Abord : _____
☐ Injection unique
☐ Bloc nerveux périphérique continu
☐ D ☐ G

AIGUILLE
☐ Type # : _____
☐ Cathéter : _____

MÉTHODE
☐ Absence de sang
☐ Absence de paresthésie
☐ Injections fractionnées après aspiration
☐ Cathéter à : _____ cm de la peau

MÉDICAMENTS :

Notes :

Signature de l'anesthésiologiste : _____ # de permis : _____ Date : ____ (aaaa/mm/jj)

Signature de l'inhalothérapeute : _____ # de permis : _____ Date : ____ (aaaa/mm/jj)