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

MOCLI60806

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

Installation : _____

SUIVI TÉLÉPHONIQUE POST-OPÉRATOIRE
CLIENTÈLE CDJ

Date de la chirurgie : aaaa/mm/jj

Type de la chirurgie : _____

Chirurgien : _____

Type d'anesthésie : _____

2e numéro de tél. : _____

TYPE DE CHIRURGIE
☐ Appendicectomie
☐ Cholécystectomie
☐ Cure hernie inguinale bilatérale
☐ Hémorroïdectomie (rétention urinaire)
☐ Mastectomie totale : ☐ Gauche ☐ Droite
☐ Mastectomie partielle avec évidement axillaire : ☐ Gauche ☐ Droite
☐ Hystérectomie
☐ RTUP
☐ RTUTV (si congé avec sonde)
☐ Ligament croisé antérieur : ☐ Gauche ☐ Droite
☐ Prothèse d'épaule : ☐ Gauche ☐ Droite
☐ Prothèse totale de genou : ☐ Gauche ☐ Droite
☐ Prothèse totale de hanche : ☐ Gauche ☐ Droite
☐ Prothèse unicompartimentale de genou : ☐ Gauche ☐ Droite
☐ Tout usager quittant avec une sonde / drain
☐ Toute autre raison : _____

PARTICULARITÉS AVANT LE DÉPART DE L'HÔPITAL
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Nom, prénom : #Dossier :

1. Est-ce que le retour à la maison depuis la chirurgie se déroule bien	☐ Oui ☐ Non
2. Actuellement, êtes-vous bien soulagé avec la médication?	☐ Oui ☐ Non
Si non : où est localisée la douleur?	
Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous votre douleur?	
Sous quelle forme?	
Y a-t-il irradiation?	☐ Oui ☐ Non
Quelle médication prenez-vous pour contrôler la douleur?	
À quelle fréquence?	
Prenez-vous la co-analgésie prescrite?	☐ Oui ☐ Non
Appliquez-vous de la glace?	☐ Oui ☐ Non
Méthode de soulagement de la douleur renforcée et méthode de soulagement alternative enseignée (relaxation)	
3. Quel aspect a le pansement opératoire?	
Quand devez-vous l'enlever?	
Les soins de la plaie vous ont-ils été enseignés?	☐ Oui ☐ Non
4. Avez-vous uriné?	☐ Oui ☐ Non Couleur : _____
5. Chirurgie gynécologique : Avez-vous des saignements?	☐ Oui ☐ Non
Si oui, combien de serviettes à l'heure?	
6. Avez-vous une date de rendez-vous médical?	☐ Oui ☐ Non
Si oui, quelle date (aaaa/mm/jj)?	
7. Si vous avez quitté avec un drain / sonde, êtes-vous confortable avec la vidange de celui-ci?	☐ Oui ☐ Non
Si NON, valider enseignement	☐ Oui ☐ Non
Quand et par qui doit-il être retiré?	
Rendez-vous déjà pris au CLSC, si nécessaire	☐ Oui ☐ Non ☐ S/O
8. Usager ortho seulement (PUC, PTH, PTG) Avez-vous débuté le médicament pour éclaircir le sang?	☐ Oui ☐ Non
Faites-vous les exercices postopératoires TID max?	☐ Oui ☐ Non
Circule avec marchette?	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous chuté depuis votre retour à la maison et/ou avez-vous eu des pertes d'équilibre?	☐ Oui ☐ Non
Si départ avec Zimmer, quand devez-vous l'enlever?	
9. Si besoin, usager référé?	☐ Clinique externe ☐ Urgence ☐ Médecin avisé ☐ Autre : _____

Avez-vous d'autres questions?
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

☐ Pas de réponse lors du suivi téléphonique : _____

Signature et titre : _____ Date : _____aaaa/mm/jj_____