



MOCLI60833

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

TOURNÉE CLINIQUE ORTHOPÉDIE PLANIFICATION INFIRMIÈRE DU CONGÉ

Consigne : L'infirmière clinicienne : 1- Évaluer et documenter l'évolution postopératoire

2- Dépister les obstacles au congé et les besoins persistants

3- Coordonner le suivi médical et consigner les anomalies.

Intervention : _____

Chirurgien : _____

Date de l'intervention : _____ aaaa/mm/jj

Orientation : ☐ Maison ☐ Urfi ☐ CHSLD

Élément	Jour post-op. : _____ Date : _____ aaaa/m/jj	Jour post-op. : _____ Date : _____ aaaa/m/jj
État général et cognition	☐ Orienté/collabore ☐ Désorienté	☐ Orienté/collabore ☐ Désorienté
Derniers signes vitaux	TA _____/_____ FC _____/min FR _____/min SpO ₂ _____% T° _____°C	TA _____/_____ FC _____/min FR _____/min SpO ₂ _____% T° _____°C
Douleur	Repos _____/10 Mobilisation _____/10 Soulagée médication PO : ☐ Oui ☐ Non	Repos _____/10 Mobilisation _____/10 Soulagée médication PO : ☐ Oui ☐ Non
Respiratoire	☐ Eupnéique ☐ Inspirométrie q 1h ad mobilisation (RSI-6025)	☐ Eupnéique ☐ Inspirométrie q 1h ad mobilisation (RSI-6025)
Nausées / alimentation	Nausée: ☐ Oui ☐ Non Vomissement : ☐ Oui ☐ Non Appétit : ☐ Bonne ☐ Faible	Nausée: ☐ Oui ☐ Non Vomissement : ☐ Oui ☐ Non Appétit : ☐ Bonne ☐ Faible
Élimination	☐ Miction spontanée ☐ Rétention Bladder scan _____ mL Selle : ☐ Oui ☐ Non (CLI-60225)	☐ Miction spontanée ☐ Rétention Bladder scan _____ mL Selle : ☐ Oui ☐ Non (CLI-60225)
Plaie / pansement / drain	Pansement : ☐ Sec ☐ Souillé _____% Drain : _____ Qté/aspect : _____ ☐ Plaie propre, sèche, sans signe d'infection ni de déhiscence	Pansement : ☐ Sec ☐ Souillé _____% Drain : _____ Qté/aspect : _____ ☐ Plaie propre, sèche, sans signe d'infection ni de déhiscence
Neurovasculaire / membre opéré	☐ Couleur / Chaleur / Mobilité / Sensibilité / Pouls / RCap / Œdème CLI-60301	☐ Couleur / Chaleur / Mobilité / Sensibilité / Pouls / RCap / Œdème CLI-60301
Mobilisation / fonction	☐ Mobilisé au fauteuil ☐ Bord de lit Marche _____ mètres	☐ Mobilisé au fauteuil ☐ Bord de lit Marche _____ mètres
Mise en charge / restrictions	☐ Complète ☐ Partielle _____% ☐ Appui orteil ☐ Aucune	☐ Complète ☐ Partielle _____% ☐ Appui orteil ☐ Aucune
Prévention thromboembolique	☐ Thromboprophylaxie	☐ Thromboprophylaxie
Laboratoires / examens du jour	Hb : _____ Na : _____ K : _____ Créat : _____ Autre : _____ Imagerie : ☐ Faite ☐ À valider ☐ Sans objet	Hb : _____ Na : _____ K : _____ Créat : _____ Autre : _____ Imagerie : ☐ Faite ☐ À valider ☐ Sans objet
Élément à communiquer au MD		
Situation	☐ Stable ☐ Amélioration ☐ Détérioration	☐ Stable ☐ Amélioration ☐ Détérioration
Éléments cliniques significatifs		
Obstacle(s) au congé		
Résultats à revoir		
Décisions médicales		
Concernant le congé	☐ Aujourd'hui ☐ <24h ☐ 24-48h ☐ Non envisagé ☐ À réévaluer	☐ Aujourd'hui ☐ <24h ☐ 24-48h ☐ Non envisagé ☐ À réévaluer
Prescriptions / ajustements		
Examens / résultats à obtenir		
Consultations / références		
Signature de l'infirmière	_____	_____
Date	_____ aaaa/mm/jj	_____ aaaa/mm/jj

#Dossier :

[illegible]

Signature du médecin : _____ # Permis : _____ Date : ____/____/____