

Nom, Prénom:



Chambre:

Allergie(s):

Médecin:

Dossier:

Naissance:

Intolérance(s):

Âge:

Poids (kg):

Taille (cm):

Remarques:

*** Valide le	de 00:00 à 23:59 ***			
Nom générique du médicament/présentation (Synonyme)	Voie d'adm.	(00:00-07:29)	(07:30-15:29)	(15:30-23:59)
HEPARINE 5000 unités/0,5 mL seringue (Heparine) SC 5000 unités = 0.5 mL sous-cutané aux 12 heures INJECTER LENTEMENT PENDANT 15 À 30 SECONDES POST OP HOSPIT CHIRUR.GÉNÉRALE hemorrhagie-thrombocytopenie-douleur site d'injection-hypersensibilite Début : Fin : Dern date service :			0800	2000
HEPARINE 5000 unités/0,5 mL seringue (Heparine) SC 5000 unités = 0.5 mL sous-cutané aux 8 heures INJECTER LENTEMENT PENDANT 15 À 30 SECONDES POST OP HOSPIT CHIRUR.GÉNÉRALE hemorrhagie-thrombocytopenie-douleur site d'injection-hypersensibilite Début : Fin : Dern date service :		0600	1400	2200
HEPARINE 5000 unités/0,5 mL seringue (Heparine) SC 5000 unités = 0.5 mL sous-cutané aux 12 h Retrait épidurale 2 h avant dose d'héparine s-cut INJECTER LENTEMENT PENDANT 15 À 30 SECONDES POST OP HOSPIT CHIRUR.GÉNÉRALE hemorrhagie-thrombocytopenie-douleur site d'injection-hypersensibilite Début : Fin : Dern date service :			0800	2000
HEPARINE 5000 unités/0,5 mL seringue (Heparine) SC 5000 unités = 0.5 mL sous-cutané aux 8 h Retrait épidurale 2 h avant dose d'héparine s-cut INJECTER LENTEMENT PENDANT 15 À 30 SECONDES POST OP HOSPIT CHIRUR.GÉNÉRALE hemorrhagie-thrombocytopenie-douleur site d'injection-hypersensibilite Début : Fin : Dern date service :		0600	1400	2200
ENOXAPARINE 40 mg/0,4 mL ser.inj. (Lovenox) SC 40 MG = 0.4 mL sous-cutanee 1 fois par jour début 24hrs post arrêt de la perfusion d'épidurale et cesser héparine s.cut Region later. de l'abdomen Ne pas expuls.air de la ser. POST OP HOSPIT CHIRUR.GÉNÉRALE nausees et vomissements-urticaire-fievre-hemorragie Début : Fin : Dern date service :		DVI _____	DVI _____	DVI _____
HYDROMORPHONE 2 mg/mL amp 1mL (Dilaudid) SC Cabinet MG = mL sous-cutanee aux heures si douleur Narco sous cle POST OP HOSPIT CHIRUR.GÉNÉRALE nausees et vomissements-somnolence-etourdissement-**INSC ANALG SI REQUIS** Début : Fin : Dern date service :				

(R) REFUS (RT) RETRAIT (AR) AUTRE RAISON (RX) RAYON-X (SO) SALLE D'OPÉRATION (AA) AUTO-ADMINISTRATION

POST-OP CHIRURGIE GÉNÉRALE

Page: 1 de 6

Nom, Prénom:



Chambre:

Allergie(s):

Médecin:

Dossier:

Naissance:

Intolérance(s):

Âge:

Poids (kg):

Taille (cm):

Remarques:

*** Valide le	de 00:00 à 23:59 ***			
Nom générique du médicament/présentation (Synonyme)	Voie d'adm.	(00:00-07:29)	(07:30-15:29)	(15:30-23:59)
HYDROMORPHONE 1 mg co (Dilaudid) 1 MG = 1 comprimé(s) aux heures si douleur Narco sous cle POST OP HOSPIT CHIRUR.GÉNÉRALE nausees et vomissements-somnolence-etourdissement-**INSC ANALG SI REQUIS** Début : Fin : Dern date service :	PO Cabinet			
HYDROMORPHONE 2 mg co (Dilaudid) 2 MG = 1 comprimé(s) aux heures si douleur Narco sous cle POST OP HOSPIT CHIRUR.GÉNÉRALE nausees et vomissements-somnolence-etourdissement-**INSC ANALG SI REQUIS** Début : Fin : Dern date service :	PO Cabinet			
MORPHINE 10 mg/mL 1 mL sol.inj. MG = mL sous-cutanée aux heures si douleur Jeter toute portion restante Narco sous cle POST OP HOSPIT CHIRUR.GÉNÉRALE oedeme angioneurotique-nausees et vomissements-etourdissement-**INSC ANALG SI REQ... Début : Fin : Dern date service :	SC Cabinet			
MORPHINE 5 mg co (Statex) MG= comprimé(s) aux heures si douleur Narco sous cle POST OP HOSPIT CHIRUR.GÉNÉRALE oedeme angioneurotique-nausees et vomissements-etourdissement-**INSC ANALG SI REQ... Début : Fin : Dern date service :	PO Cabinet			
LACTATE RINGER 1000 mL inj. ml/h en perf IV POST OP HOSPIT CHIRUR.GÉNÉRALE Début : Fin : Dern date service :	IV			
DEXT 5% NACL0.9% KCL20mEq 1L (D5%-NACL 0.9%-KCL 20) ml/h en perf IV POST OP HOSPIT CHIRUR.GÉNÉRALE Début : Fin : Dern date service :	IV Commun			

(R) REFUS (RT) RETRAIT (AR) AUTRE RAISON (RX) RAYON-X (SO) SALLE D'OPÉRATION (AA) AUTO-ADMINISTRATION

Nom, Prénom:



Chambre:

Allergie(s):

Médecin:

Dossier:

Naissance:

Intolérance(s):

Âge:

Poids (kg):

Taille (cm):

Remarques:

*** Valide le	de 00:00 à 23:59 ***			
Nom générique du médicament/présentation (Synonyme)	Voie d'adm.	(00:00-07:29)	(07:30-15:29)	(15:30-23:59)
SODIUM CHLORURE 0,9 % 1 L soluté (NaCl) en perf.IV continue TVO LORSQUE DIÈTE TOLÉRÉE QTE RESTANTE: POST OP HOSPIT CHIRUR.GÉNÉRALE irritation locale-sensation de brulure Début : Fin : Dern date service :	IV			
LACTATE RINGER 500 mL inj. BOLUS 500ML IV EN 1 HEURE SI DIURESE <= 120ML EN 4 HEURES RÉPÉTABLE X 4 PRN POUR 48 HEURES POST OP HOSPIT CHIRUR.GÉNÉRALE Début : Fin : Dern date service :	IV			
DEXT 5%-NACL 0.45% KCL20mEq 1L (D5%-NACL .45%-KCL 20) ml/h en perf IV Commun QTE RESTANTE: POST OP HOSPIT CHIRUR.GÉNÉRALE Début : Fin : Dern date service :	IV			
RANITIDINE 50 mg/2 mL sol. inj. (Zantac) 50 MG = 2 mL IV pousse-seringue aux 8 heures Rediluer ad 20mL @ NaCl 0,9% Via pousse-ser. en 30 min POST OP HOSPIT CHIRUR.GÉNÉRALE nausees et vomissements-diarrhee-cephalees-etourdissement Début : Fin : Dern date service :	IV	0600	1400	2200
RANITIDINE 50 mg/2 mL sol. inj. (Zantac) 50 MG = 2 mL IV pous.ser. aux 12 heures Rediluer ad 20mL @ NaCl 0,9% Via pousse-ser. en 30 min POST OP HOSPIT CHIRUR.GÉNÉRALE nausees et vomissements-diarrhee-cephalees-etourdissement Début : Fin : Dern date service :	IV		1000	2200
PANTOPRAZOLE 40 mg pd inj. (Panto IV) 40 MG = 10 mL IV tubulure 1 fois par jour Injecter lentement en 2 min. Dil fiole @ 10 mL NaCl 0.9% INCOMPATIBLE @ TT MEDICAMENT POST OP HOSPIT CHIRUR.GÉNÉRALE prurit-cephalees-etourdissement-asthenie Début : Fin : Dern date service :	IV Cabinet		1000	

(R) REFUS

(RT) RETRAIT

(AR) AUTRE RAISON

(RX) RAYON-X

(SO) SALLE D'OPÉRATION

(AA) AUTO-ADMINISTRATION

Nom, Prénom:



Chambre:

Allergie(s):

Médecin:

Dossier:

Naissance:

Intolérance(s):

Âge:

Poids (kg):

Taille (cm):

Remarques:

*** Valide le	de 00:00 à 23:59 ***			
Nom générique du médicament/présentation (Synonyme)	Voie d'adm.	(00:00-07:29)	(07:30-15:29)	(15:30-23:59)
DIMENHYDRINATE 50 mg/ mL inj. 1 mL (Gravol) 50 MG = 1 mL IV pousse-seringue aux 6 hres si nausees ou vomissements Redil. chaque mL @ 9mL de NS Via pousse-ser. en 30 min Max: 400 mg / 24 h POST OP HOSPIT CHIRUR.GÉNÉRALE vision brouillee-somnolence-cephalees-**INSC ANALG SI REQUIS** Début : Fin : Dern date service :	IV Cabinet	prn	prn	prn
DIMENHYDRINATE 50 mg supp. (Gravol) 50 MG = 1 supp. aux 6 hres si nausees ou vomissements Passer sous l'eau avant adm. Max: 400 mg / 24 h POST OP HOSPIT CHIRUR.GÉNÉRALE vision brouillee-somnolence-cephalees-**INSC ANALG SI REQUIS** Début : Fin : Dern date service :	IR Cabinet	prn	prn	prn
DIMENHYDRINATE 100 mg supp. (Gravol) 100 MG = 1 supp. aux 6 hres si nausees ou vomissements Passer sous l'eau avant adm. Max: 400mg/j/ Si non reçu PO ou IV POST OP HOSPIT CHIRUR.GÉNÉRALE vision brouillee-somnolence-cephalees-**INSC ANALG SI REQUIS** Début : Fin : Dern date service :	IR Cabinet	prn	prn	prn
METOCLOPRAMIDE 10 mg/2 mL inj. (Maxeran) 10 MG = 2 mL IV pous.ser. aux 6 heures si nausées si ondans.inefficace Redil. ad 20 mL @ NS Via pousse-ser. en 30 min POST OP HOSPIT CHIRUR.GÉNÉRALE agitation-somnolence-fatigue-sympt. extra-pyramidaux Début : Fin : Dern date service :	IV Cabinet	prn	prn	prn

(R) REFUS

(RT) RETRAIT

(AR) AUTRE RAISON

(RX) RAYON-X

(SO) SALLE D'OPÉRATION

(AA) AUTO-ADMINISTRATION

Nom, Prénom:



Chambre:

Allergie(s):

Médecin:

Dossier:

Naissance:

Intolérance(s):

Âge:

Poids (kg):

Taille (cm):

Remarques:

*** Valide le	de 00:00 à 23:59 ***			
Nom générique du médicament/présentation (Synonyme)	Voie d'adm.	(00:00-07:29)	(07:30-15:29)	(15:30-23:59)

Init. Signature

Init. Signature

Init. Signature

(R) REFUS

(RT) RETRAIT

(AR) AUTRE RAISON

(RX) RAYON-X

(SO) SALLE D'OPÉRATION

(AA) AUTO-ADMINISTRATION