

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

CHIRURGIE BUCCALE ET MAXILLO FACIALE POST OPERATOIRE SOINS ET SURVEILLANCES

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

PHASE POST OPÉRATOIRE

- ✓ Positionner la tête du lit à 30/45 degrés
- ✓ Température q 8 heures et PRN
- ✓ Signes vitaux (TA, pouls, respiration) q 30 minutes ad stable ET
 - ☐ q 2 heures par la suite
 - ☐ régulier par la suite
- ✓ Glace au visage en permanence ou selon tolérance
- ✓ Air humidifiée en permanence ou selon tolérance
- ✓ Saturométrie digitale en permanence
- ✓ Aspiration délicate PRN (buccales, nasales ou endotrachéales)
- ✓ Si intubé, extubation après visite du chirurgien et de l'anesthésiste le lendemain matin
- ✓ Embrochage intermaxillaire
 - ☐ Non
 - ☐ Oui ☐ Élastiques seulement ☐ Broches seulement ☐ Élastiques et broches

Si oui, coupe-broche au chevet en permanence (si détresse respiratoire sévère, couper les fixations intermaxillaires, avertir le chirurgien et l'anesthésiologiste)

Autre : _____

SOLUTÉ

_____ D5% (1 L) en alternance avec D5% NaCl 0,45% (1 L) à _____ mL/h

Initiales _____

_____ Cesser soluté si s'hydrate bien (250 mL en 3 h)

Initiales _____

_____ Installer salin lock jusqu'à la fin des antibiotiques

Initiales _____

MOBILISATION

- ☐ Repos au lit
- ☐ Mobilisation précoce

Autre : _____

ALIMENTATION

- ☐ Enlever tube nasogastrique à la salle de réveil et hydrater PRN
- ☐ Tube nasogastrique sous succion à « low » (irriguer avec 30 mL de NaCl 0,9% q 2 heures)
- ☐ NPO
- ☐ Diète liquide ou molle selon tolérance

Autre : _____

ÉLIMINATION

- ☐ Enlever sonde urinaire à la salle de réveil
- ☐ Cathétérisme vésical q 8 heures PRN et laisser la sonde en place la 3^e fois
- ☐ Laisser jusqu'au lendemain matin 7 heures et cesser
- ☐ Dosage des ingestas et excréta q 8 heures

Autre : _____

LABORATOIRES ET EXAMENS

- ☐ FSC salle de réveil
- Autre : _____

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du prescripteur

permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi :

Ordonnance relevée par : _____ (initiales)