

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

CHIRURGIE UROLOGIQUE POST OPERATOIRE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____

Soluté

_____ D5 % NaCl 0,45 % Débit : _____ mL/h

Initiales md

_____ Lactate Ringer Débit : _____ mL/h

Initiales md

_____ Autre : _____ Débit : _____ mL/h

Initiales md

Quand PO toléré : ☐ Cesser le soluté et mettre cathéter court salin ☐ Cesser le soluté

Antiémétique

_____ DimenhyDRINATE 25 à 50 mg PO ou IV q 6 h PRN, si nausées ou vomissements

Initiales md

_____ Ondansétron 4 à 8 mg PO ou IV q 6 h PRN, si nausées ou vomissements non soulagés après 30 min par dimenhyDRINATE

Initiales md

_____ Métoclopramide 10 mg IV q 6 h PRN si nausées ou vomissements non soulagés après 30 min par ondansétron

Initiales md

Analésie

_____ Suivre les ordonnances de l'anesthésiologiste seulement

Initiales md

_____ Acétaminophène 650 mg PO ou IR q 4 à 6 h PRN

Initiales md

_____ Acétaminophène 1000 mg PO ou IR q 4 à 6 h PRN

Initiales md

_____ Naproxène 500 mg PO BID PRN

Initiales md

_____ Indomethacine 100 mg IR BID PRN

Initiales md

_____ Morphine _____ mg PO ou demi-dose SC q _____ h PRN

Initiales md

_____ **OU**
HYDROmorphine _____ mg PO ou demi-dose SC q _____ h PRN

Initiales md

Thromboprophylaxie

Remplir l'OIPI-714 Thromboprophylaxie médicale

Autres

_____ Oxycodone 10 mg IR q 6 h PRN si spasmes vésicaux

Initiales md

_____ Tamsulosine 0,4 mg PO DIE

Initiales md

_____ Si usager recevait AAS, même si prescrit en postopératoire, ne le reprendre que lorsqu'urine claire sans irrigation

Initiales md

Autres : _____

Antibiotiques : _____

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du médecin

_____ # permis

☐ Fax envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

**CHIRURGIE UROLOGIQUE
POST OPERATOIRE
(SUITE)**

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

Diète

- ☐ NPO ☐ NPO et quelques gouttes d'eau ☐ Selon tolérance ☐ Autres : _____

Sonde

- ☐ Urétrale ☐ Sus-pubienne
- ☐ Irrigation vésicale continue ☐ À cesser au jour _____ post-op
→ Si sonde urétrale et sonde sus-pubienne : Entrée par la sonde sus-pubienne, sortie par la sonde urétrale
- ☐ Irrigation manuelle PRN ou _____
- ☐ Dosage chaque _____ ☐ Aviser médecin si _____
- ☐ Cesser sonde vésicale au jour _____ post-op à _____ h
- ☐ Sevrage de sonde : Retirer sonde sur vessie pleine en instillant 300 mL de NaCl 0,9% ou lorsqu'usager ressent envie d'uriner Date du retrait : _____ ou ☐ Retirer lorsque l'usager se mobilise

Dès que sonde urétrale cessée

- ☐ Résidu post mictionnel par bladder scan q _____
- ☐ Résidu post mictionnel par sonde sus-pubienne q _____
- ☐ Si bladder scan supérieur à _____ mL ☐ Faire cathétérisme ☐ Installer sonde ☐ Aviser le médecin
- ☐ Si bladder scan inférieur à _____ mL : Congé

Drains

- ☐ Jackson Pratt sous succion, dosage aux 8 h
- ☐ Levine en drainage libre, dosage aux 8 h

Laboratoires

- ☐ FSC : _____ ☐ Électrolytes (Na⁺ ; K⁺ ; Cl⁻), créatinine, urée, glucose : _____
- ☐ Tropo I : _____ ☐ ECG : _____
- ☐ Autres : _____

Thromboprophylaxie mécanique

- ☐ Bas à compression graduée (BCG) (anti-embolique)
- ☐ Bas à compression pneumatique intermittente (CPI)

Rendez-vous de suivi

- ☐ Clinique externe urologie ☐ Bureau : _____ Suivi dans : _____ ou Date : aaaa/mm/jj

Autres (traitements médicaux seulement, inscrire médication sur page 1 uniquement) :

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du médecin

permis

☐ Fax envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi :

Ordonnance relevée par : (init. inf.)