

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

**ADMISSION CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
(AUTRE QUE PUC PTG PTH)
POST OPERATOIRE**

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

Type de chirurgie : _____ ☐ Gauche ☐ Droite

SOLUTÉ

_____ NaCl 0,9% ou _____ IV à _____ mL/h
Initiales Quand PO toléré, cesser le soluté (aviser pharmacie) et installer cathéter court salin

_____ Lactate ringer 500 mL IV bolus x 1 dose si diurèse inférieure à 30 mL/h x 4 heures consécutives
Initiales Aviser le médecin si non efficace. Cette ordonnance est valide x 48 heures en post opératoire.

ANTIÉMÉTIQUES ET ANTIPRURIGINEUX (débuter post protocole d'anesthésiologie s'il y a lieu)

Suggéré si usager de 75 ans et plus ET/OU fragile¹ : ÉVITER dimenhyDRINATE et métoclopramide, UTILISER ondansétron seul

_____ DimenhyDRINATE ☐ 25 mg ☐ 50 mg IV q 4 h PRN si nausées
Initiales

- Si inefficace après 30 minutes, ondansétron 4 mg IV q 8 h PRN
- Si inefficace après 30 minutes, métoclopramide 10 mg IV q 6 h PRN. Aviser orthopédiste si inefficace.

OU

_____ Ondansétron 4 mg PO ou IV q 8 h PRN si nausées
Initiales

_____ DiphenhydrAMINE 25 mg IV q 4 h PRN si prurit
Initiales

- Si inefficace après 30 minutes, naloxone 0,4 mg IV dans 100 mL de NaCl 0,9% à 25 mL/h x 4 heures

ANALGÉSIE (débuter post protocole d'anesthésiologie s'il y a lieu)

		Suggéré 75 ans et plus ET/OU fragile ou Clcr inf. ou égale 30 mL/min
_____	Acétaminophène 1000 mg PO QID x 7 jours, puis 1000 mg q 6 h PRN	
Initiales		
_____	Célécoxib* ☐ 100 mg PO BID x 30 jours ☐ 100 mg PO BID x 7 jrs, puis 100 mg BID PRN x 21 jours	
Initiales	* ATTENTION : ÉVITER si usager à risque (maladie cardiovasculaire, insuffisance cardiaque ou insuffisance rénale)	
_____	Oxycodone ☐ 5 mg ☐ 7,5 mg PO q 3 h PRN ☐ 2,5 mg ☐ 5 mg PO q 3 h PRN	
Initiales		
_____	OU HYDROmorphone ☐ 1 mg ☐ 2 mg PO ou demi-dose SC ☐ 0,5 mg ☐ 1 mg PO ou demi-dose SC q 4 h PRN	
Initiales	q 4 h PRN. Cesser la voie SC 48 heures post opératoire et garder la voie PO.	
Autre : _____		

ATTENTION : Ajuster dose d'opiacé si petit poids ou très fragile

1 → fragile = échelle de fragilité de 4 et plus (voir [AMC-DSIEU-6167 Échelle de fragilité clinique](#))

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis
☐ Envoyé par _____ (init.)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (initiales)

**ADMISSION CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
(AUTRE QUE PUC PTG PTH)
POST OPERATOIRE
(SUITE)**

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

THROMBOPROPHYLAXIE (débuter selon protocole d'anesthésiologie s'il y a lieu)

Si épidurale en continue, consulter anesthésiologiste pour thromboprophylaxie

Thromboprophylaxie	À débiter
Enoxaparine _____ 30 mg SC q 12 h x _____ jours	☐ 12 h post opératoire OU ☐ au matin du Jour 1
Initiales _____ _____ 30 mg SC q 24 h x _____ jours (si ClCr inférieure à 30 mL/min)	
Initiales _____ _____ 40 mg SC q 24 h x _____ jours	
Daltéparine _____ 5000 unités SC DIE x _____ jours	
Initiales _____ _____ 2500 unités SC x 1 dose au Jour 0 puis 5000 unités SC DIE x _____ jours	
Initiales _____ _____ 2500 unités SC DIE x _____ jours	
Initiales _____ Autre : _____ x _____ jours	

ANTIBIOPROPHYLAXIE

Aucune antibioprophylaxie n'est recommandée après la fermeture de l'incision.

Voir les recommandations de l'INESSS : [Antibioprophylaxie lors des chirurgies orthopédiques](#)

Autre : _____

ÉLIMINATION INTESTINALE

Polyéthylène glycol (PEG 3350) 17 g PO DIE régulier jusqu'à première selle (aviser pharmacie) puis PRN si constipation

ET

Sennosides 8,6 mg PO BID (omettre dose si diarrhée)

ET

Initiales _____ **Au troisième jour sans selle :**

1 suppositoire de glycérine IR ET 1 suppositoire de bisacodyl IR

Si inefficace après 2 heures : administrer 1 lavement au phosphate de sodium IR (sauf si ClCr inférieure à 30 mL/min)

Si inefficace ou obstruction: aviser médecin et ne pas donner de laxatifs

Autre : _____

AUTRE MÉDICATION

SOINS ET SURVEILLANCES : Remplir [OIPI-740 CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE POST OPERATOIRE - Soins et surveillances](#)

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis
☐ Envoyé par _____ (init.)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (initiales)