

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

**CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE
(AUTRE QUE PUC PTG PTH)
POST OPÉATOIRE
SOINS ET SURVEILLANCES**

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

PHASE POST OPÉATOIRE

→ Se référer à [RSI-6025 Soins et surveillances postopératoires chez les usagers hospitalisés](#)

- ✓ Signes vitaux et degré de sédation post opératoires selon *RSI-6025 Soins et surveillances postopératoires chez les usagers hospitalisés*
- ✓ Administrer O₂ pour saturation supérieure ou égale à 92% ou _____ % (cesser O₂ si SpO₂ visée atteinte)
- ✓ Si température buccale supérieure à 38,5°C ou rectale supérieure à 38°C
 - Jour post opératoire #1 et #2 : Aviser médecin à sa visite. Si diminution de l'état général, aviser le médecin STAT
 - Jour post opératoire #3 et suivants : Aviser médecin et faire : FSC, hémoculture x 2, analyse et culture d'urine
- ✓ Procéder à l'auscultation pulmonaire q 8 heures x 24 heures puis PRN
- ✓ Évaluer la douleur et surveiller la fonction neurovasculaire q 4 heures x 24 heures puis q 8 heures et PRN
- ✓ Évaluer et surveiller le site opératoire à chaque visite
- ✓ Appliquer de la glace au site opératoire x 20 minutes q 2 heures PRN
- ✓ Dosage des ingestas et excréta q 8 heures x 24 heures **OU** _____
- ✓ Stimuler exercices d'inspiration x 5 minutes q 1 heure et exercices circulatoires 10 répétitions q 1 heure, respecter le sommeil

ALIMENTATION

✓ Diète régulière **OU** ☐ Diète contrôlée en glucides **OU** ☐ Diète hyposodée (2,3 g)

Autre : _____

☐ Restriction liquidienne : _____ mL/24 heures

ÉLIMINATION

- ☐ Si diurèse inférieure à 240 mL/8 heures, respecter la prescription de bolus dur [OIP-733 Chirurgie orthopédique \(autre que PUC PTG PTH\) post opératoire](#), sinon aviser le médecin
- ☐ Sonde en drainage libre à retirer au jour post opératoire #1 ou # _____
- ☐ Faire cathétérisme urinaire q 8 heures si bladder scan supérieur ou égal à 400 mL ou _____ mL
- ☐ Installer sonde vésicale post 3e cathétérisme urinaire consécutif et aviser le médecin

MOBILISATION

- ✓ Verticaliser l'usager dès le jour post opératoire #0
- ✓ Procéder au 1^{er} lever au jour post opératoire #0, maximum 4 heures après la chirurgie
- ✓ Mobiliser q 2 heures et PRN si usager est repos au lit
- ✓ Séance au fauteuil à chaque repas et PRN
- ☐ Bas de compression intermittente lorsqu'au lit, à cesser dès que l'usager se mobilise
- ☐ Coussin abducteur entre les jambes lorsqu'au lit x 24 heures puis cesser
- ☐ Utilisation du lève-personne permis
- ☐ Utilisation du verticalisateur permis

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du prescripteur

permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi :

Ordonnance relevée par : _____ (initiales)

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
(AUTRE QUE PUC PTG PTH)
POST OPERATOIRE
SOINS ET SURVEILLANCES
(SUITE)**

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

Mise en charge

- ☐ Complète selon tolérance ☐ Appui orteil x _____ semaines
- ☐ Partielle _____ % x _____ semaines ☐ Aucune mise en charge x _____ semaines

Restriction de mouvements

- ☐ Selon tolérance sans restriction de mouvement ☐ Précaution d'approche antérieure
- ☐ Précautions d'approche postérieure ☐ Amplitude articulaire permise du membre opéré : _____ degrés

Autre : _____

SOINS DE PLAIE

- ☐ Retrait de la colle par le chirurgien lors du 1^{er} RV de suivi ☐ Retrait des agrafes/colle dans _____ jour(s)
- ☐ Retirer le pansement dans _____ jour(s) ☐ Changer le pansement si souillé à 80%, remettre un pansement OPSITE pour le nombre de jours restant
- ✓ Douche permise si pansement OPSITE post opératoire visible (alvéolaire) en place

Autre : _____

LABORATOIRE ET EXAMENS POST OPÉRATOIRES

- ☐ Radiographie à la salle de réveil
- ☐ Radiographie post opératoire jour # _____
- ☐ ECG : fréquence _____
- ☐ FSC ☐ Glucose ☐ Urée/Créatinine ☐ Na⁺/K⁺/Cl⁻ DIE x 3 jours OU _____ jours (aviser médecin si Hb inférieure à _____ g/L)
- ☐ PT-PTT DIE x _____ jour(s)
- ☐ Troponine DIE x _____ jour(s)

Autre : _____

☐ Glycémie capillaire : ☐ QID ☐ Selon ordonnance d'insuline Autre : _____

CONSULTATON POSTOPÉRATOIRE (compléter la requête)

- ☐ Physiothérapie ☐ Infirmière de gestion de l'épisode de soin (IGES) / Infirmière de liaison
- ☐ Service social ☐ Nutrition ☐ Ergothérapie ☐ Médecine interne

Autre : _____

CONGÉ

- ☐ Selon les critères de la physiothérapie (clientèle hospitalisée)
- ☐ Se référer à [RSI-6025 Soins et surveillances postopératoires chez la clientèle hospitalisée](#) (section 2.3 planification du congé)
- ☐ Rendez-vous de suivi en clinique externe dans _____ semaine(s)
- ☐ Avec radiographie de contrôle, compléter la requête
- ☐ Sans radiographie de contrôle

Autre : _____

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