

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

DORSOLOMBALGIE
URGENCE OBSERVATION UHB ZER

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

CRITÈRES D'INITIATION :

- ☐ Entorse dorsale ou lombaire, élongation musculaire, contusion lombaire
- ☐ Sciatalgie ou hernie discale sans signe d'alarme
- ☐ Stabilité hémodynamique
- ☐ État d'éveil normal, sans altération du niveau de conscience
- ☐ Examen neurologique normal ou stable

CRITÈRES D'EXCLUSION :

- ☐ Dorsolombalgie d'étiologie indéterminée
- ☐ Hyperthermie

DIRECTIVES :

- ☐ Remplir l'attestation d'absence
- ☐ Remplir les ordonnances de départ
- ☐ Remplir la feuille sommaire

PRESCRIPTIONS INITIALES

- Demander le profil pharmaceutique à la pharmacie communautaire / DSQ
- Signes vitaux : ☐ q 4 h ☐ QID ☐ TID Autre : _____
- Signes neurologiques périphériques (*pouls, forces et sensibilité des extrémités*) :
☐ q 4 h ☐ QID ☐ TID Autre : _____
- Si usager diabétique, glycémie capillaire QID
- Évaluer la douleur
- Diète : ☐ Régulière ☐ Contrôlée en glucides ☐ Hyposodée (2,3 g) Autre : _____
- Glace x 10 minutes q 1 h, respecter le sommeil
- Tenter de mobiliser l'usager q 4 h, respecter le sommeil et s'assurer que l'usager urine

ORDONNANCES PHARMACEUTIQUES

_____ Acétaminophène ☐ 650 mg ☐ 1000 mg ☐ PO ☐ IR ☐ QID régulier ☐ q 4-6 h PRN si douleur ou fièvre
Initiales

_____ Naproxène* ☐ 250 mg ☐ 500 mg PO BID
Initiales

OU

_____ Célécoxib* ☐ 100 mg ☐ 200 mg PO ☐ DIE ☐ BID
Initiales

OU

_____ Indométhacine* 100 mg IR BID si naproxène ou célécoxib PO impossible ou si présence de nausées / vomissements
Initiales

OU

_____ Kétorolac* ☐ 10 mg ☐ 15 mg ☐ 30 mg IM q 4-6 h PRN
Initiales

* **ATTENTION : prudence chez usagers à risque (maladie cardiovasculaire ou insuffisance rénale), ajuster la dose en conséquence**

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

DORSOLOMBALGIE
URGENCE OBSERVATION UHB ZER
(SUITE)

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

☐ _____	Ondansétron	☐ 4 mg	☐ 8 mg	☐ PO	☐ IV q 8 h PRN
Initiales					
☐ _____	Pantoprazole 40 mg PO DIE				
Initiales					
☐ _____	Hydromorphone	☐ 0,5 mg	☐ 1 mg	SC q 30 min x 4 doses PRN ad soulagement PUIS	
Initiales		☐ 0,5 à 1 mg	☐ 1 à 1,5 mg	PO q 4 h PRN	
☐ _____	Morphine	☐ 2,5 mg	☐ 5 mg	SC q 30 min x 4 doses PRN ad soulagement PUIS	
Initiales		☐ 2,5 à 5 mg	☐ 5 à 7,5 mg	PO q 4 h PRN	
☐ _____	Diazépam	☐ 2,5 mg	☐ 5 mg PO q 6 h PRN		
Initiales					
☐ _____	Prégabaline	☐ 75 mg PO BID OU _____			
Initiales					
☐ _____	Cyclobenzaprine	☐ 10 mg PO DIE HS OU _____			
Initiales					

Autre : _____

Insulinothérapie : Remplir l'[OIP-629 Insuline sous-cutanée selon échelle glycémique](#)

Thromboprophylaxie : Remplir l'[OIP-714 Thromboprophylaxie](#)

FAIRE REVOIR PAR LE MÉDECIN EN TOUT TEMPS SI :

- Aucune amélioration après 24 heures
- Douleur disproportionnée
- Instabilité hémodynamique

RÉÉVALUATION ET SUIVI MÉDICAL

- Faire revoir l'utilisateur par le médecin minimalement q 24 h

CRITÈRES DE CONGÉ :

- Signes vitaux stables
- Examen neurologique normal ou stable
- Douleur adéquatement soulagée avec analgésie PO, douleur inférieure ou égale à 4/10
- Glycémie capillaire se situe entre 5 et 20 mmol/L
- Usager se mobilise seul
- Usager se sent mieux et est d'accord pour quitter

AU CONGÉ DE L'USAGER

Faire revoir l'utilisateur par le médecin pour l'obtention du congé

- Remettre les ordonnances de départ
- Remettre et lire la feuille de conseils avec l'utilisateur et lui donner des explications au besoin
- Remettre la consultation externe en physiothérapie
- Remettre la feuille de CNESST s'il y a lieu

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



APPENDIX 1

LOW BACK PAIN

Taking care of your back

Rule #1: Relieve the pain

- For the first few days after your injury, take your medication as prescribed, even if you feel better.
- As soon as you feel the pain start to get worse, do something to relieve it. The worse the pain gets, the harder it will be to manage.
- For the first 24-48 hours: Apply ice (wrapped in a damp towel) to the painful area for about 15-20 minutes.
- After 48 hours: Apply ice or moist heat (hot water bottle wrapped in a damp towel/hot bath) to the painful area for about 15 minutes. Heat helps lessen the stiffness and relax the muscles.

Rule #2: Get moving!

- Exercise through the pain! Moving helps with the pain, especially if you're doing activities you enjoy—just don't overdo it!
 - Physical activity releases endorphins, natural painkillers produced by the body.
 - Movement increases blood flow, which helps decrease inflammation and transport nutrients needed for tissue repair.
 - Movement also prevents stiffness and deconditioning. The more you exercise, the easier it gets!
- Get back into your daily routine as soon as possible (cooking, making your bed, showering).
- Avoid staying in the same position for too long to prevent fatigue and back stiffness. Static positions are the hardest on the spine (sitting watching TV, sitting in the car, lying in bed).
- Move around often, shift your weight from leg to leg, stand up from your chair, go for a walk!

Other recommendations

- Your pain should gradually improve, and you should be much better within 7-10 days.
- But if you develop these symptoms, see a doctor:
 - In Emergency:
 - Fever
 - Urinary or fecal incontinence, numbness/pain in genitals
 - Numbness, weakness, or loss of feeling in the legs
 - If there is no improvement after 7-10 days or if you lose strength or sensation in one or both legs, see your doctor or go to a walk-in clinic.

GET WELL SOON!