

Installation : \_\_\_\_\_

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
AAAA-MM-JJ

NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : \_\_\_\_\_

## CHIRURGIE OPHTALMIQUE - SOINS INFIRMIERS

Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_ cm

Allergies : \_\_\_\_\_ Clairance créatinine : \_\_\_\_\_ mL/min

|                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                     |  |  |                               |  |                               |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-------------------------------|--|-------------------------------|--|
| Date de la chirurgie : _____ AAAA-MM-JJ                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                     |  |  |                               |  |                               |  |
| Oeil : <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Bilatéral Type de lentille : <input type="checkbox"/> Lentille rigide <input type="checkbox"/> Lentille souple                                |                                                                                                                                                                     |  |  |                               |  |                               |  |
| <input type="checkbox"/> Extraction de cataracte et implantation lentille intraoculaire chambre postérieure<br><input type="checkbox"/> Extraction de cataracte et implantation lentille intraoculaire chambre postérieure + trabéculéctomie |                                                                                                                                                                     |  |  |                               |  |                               |  |
| <b>Médication préopératoire</b>                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                     |  |  | Administration/init. de l'inf |  | Administration/init. de l'inf |  |
| Initiales                                                                                                                                                                                                                                    | Tropicamide 1% sol. oph.<br>2 à 3 gouttes, intervalle 1 goutte q 3 à 5 min dans l'œil visé                                                                          |  |  | HH : MM                       |  | HH : MM                       |  |
| Initiales                                                                                                                                                                                                                                    | Phényléphrine 10% sol. oph.<br>1 à 3 gouttes, intervalle 1 goutte q 3 à 5 min dans l'œil visé                                                                       |  |  | HH : MM                       |  | HH : MM                       |  |
| <b>Médication en salle opératoire</b>                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                     |  |  |                               |  |                               |  |
| Initiales                                                                                                                                                                                                                                    | Tétracaine 0,5% sol. oph.<br>1 à 3 gouttes dans l'œil visé                                                                                                          |  |  |                               |  | HH : MM                       |  |
| Initiales                                                                                                                                                                                                                                    | Povidone iode 5% sol. oph.<br>2 gouttes dans l'œil visé                                                                                                             |  |  |                               |  | HH : MM                       |  |
| Initiales                                                                                                                                                                                                                                    | Povidone iode 10% sol. top.<br>Environ 2 mL sur conjonctive dans l'œil visé                                                                                         |  |  |                               |  | HH : MM                       |  |
| Initiales                                                                                                                                                                                                                                    | Tobramycine+dexaméthasone 0,3+0,1% susp. oph.<br>1 goutte dans l'œil visé                                                                                           |  |  |                               |  | HH : MM                       |  |
| <b>Au besoin, 30 min avant la chirurgie</b>                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                     |  |  |                               |  |                               |  |
| Initiales                                                                                                                                                                                                                                    | Lorazépam 0,5 mg SL ou PO x 1 PRN si anxiété<br>si poids inférieur ou égal à 50 kg <b>ou</b> âgé de plus de 65 ans                                                  |  |  |                               |  | HH : MM                       |  |
| Initiales                                                                                                                                                                                                                                    | Lorazépam 1 mg SL ou PO x 1 PRN si anxiété<br>si poids supérieur à 50 kg <b>ou</b> âgé de 65 ans et moins <b>ou</b> si reçoit déjà une benzodiazépine régulièrement |  |  |                               |  | HH : MM                       |  |
| Initiales                                                                                                                                                                                                                                    | Clonidine 0,1 mg PO x 1 PRN si TAS supérieure ou égale à 200 mmHg et/ou<br>si TAD supérieure ou égale à 120 mmHg, <b>aviser médecin</b>                             |  |  |                               |  | HH : MM                       |  |
| Initiales                                                                                                                                                                                                                                    | Amlodipine 2,5 mg PO x 1 PRN si TAS supérieure ou égale à 200 mmHg et/ou<br>si TAD supérieure ou égale à 120 mmHg, <b>aviser médecin</b>                            |  |  |                               |  | HH : MM                       |  |
| <b>Au besoin, en postopératoire</b>                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                     |  |  |                               |  |                               |  |
| Initiales                                                                                                                                                                                                                                    | Acétaminophène 500 à 1000 mg PO q 4 h PRN si douleur ou fièvre                                                                                                      |  |  |                               |  | HH : MM                       |  |

|                                                   |  |                           |  |                                             |  |
|---------------------------------------------------|--|---------------------------|--|---------------------------------------------|--|
| Date et heure (aaaa/mm/jj)                        |  | Signature du prescripteur |  | # permis                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Envoyé par _____ (init.) |  | Heure d'envoi : _____     |  | Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.) |  |