

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

CHIRURGIE GENERALE POST OPERATOIRE

Autre que colorectale

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

Type de chirurgie : _____	
ACCÈS VEINEUX	
_____ Lactate Ringer _____ mL/h	Autre : _____
Initiales _____ ☐ D5% NaCl 0,9% 20 meq KCl/L _____ mL/h	☐ D5% NaCl 0,45% 20 meq KCl/L _____ mL/h
Initiales _____ _____ NaCl 0,9% à TVO lorsque diète tolérée	
Initiales _____ _____ Lactate Ringer bolus de 500 mL en 1 h si diurèse inférieure ou égale à 120 mL en 4 h. Répétable x 4 PRN x 48 h	
ANTIÉMÉTIQUES (débuter post ACP ou analgésie par voie péridurale s'il y a lieu)	
_____ Dimenhydrinate ☐ 25 mg OU ☐ 50 mg ☐ PO ☐ IV ☐ IR q 4 h PRN	
Initiales _____ _____ Ondansétron ☐ 4 mg OU ☐ 8 mg ☐ PO ☐ IV q 8 h PRN, si dimenhydrinate inefficace après 30 minutes	
Initiales _____ _____ Métoclopramide 10 mg IV q 6 h PRN, si ondansétron inefficace après 30 minutes	
ANALGÉSIE (débuter post ACP ou analgésie par voie péridurale s'il y a lieu)	
_____ Acétaminophène ☐ 650 mg q 4 h OU ☐ 1000 mg q 6 h ☐ PO ☐ IR ☐ Régulier ☐ PRN si douleur légère ou modérée	
Initiales _____ _____ HYDROMORPHONE _____ mg PO ou demi-dose SC q _____ h PRN	
Initiales _____ _____ Morphine _____ mg PO ou demi-dose SC q _____ h PRN	
THROMBOPROPHYLAXIE (débuter selon ordonnance d'ACP ou analgésie péridurale s'il y a lieu)	
_____ Daltéparine	☐ 2500 unités SC DIE si poids inférieur à 45 kg
Initiales _____	☐ 5000 unités SC DIE si poids de 45 à 100 kg
	☐ 5000 unités SC BID si poids supérieur à 100 kg
_____ Tinzaparine	☐ 3500 unités SC DIE si poids inférieur à 45 kg
Initiales _____	☐ 4500 unités SC DIE si poids de 45 à 100 kg
	☐ 75 unités/Kg soit : _____ unités SC DIE si poids supérieur à 100 kg
_____ Héparine non fractionnée	☐ 5000 unités SC BID si poids inférieur ou égal à 100 kg
Initiales _____	☐ 5000 unités SC TID si poids supérieur à 100 kg
AUTRE	
_____ Ranitidine 150 mg PO	☐ BID si ClCr 50 mL/min et plus ☐ DIE si Clcr inférieure 50 mL/min
Initiales _____	
_____ Famotidine 20 mg IV	☐ q 12 h si Clcr supérieure à 60 mL/min
Initiales _____	☐ q 24 h si Clcr de 30 à 60 mL/min
	☐ q 48 h si Clcr inférieure à 30 mL/min
_____ Pantoprazole 40 mg	☐ PO ☐ IV DIE
Initiales _____	
Autre : _____	

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