

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

**ORDONNANCE MEDICALE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE**

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

TYPE DE CHIRURGIE

- ☐ Adénoïdectomie
☐ Amygdalectomie
☐ Myringotomie

ORIENTATION

- ☐ Observation
☐ Admission au nom de Dr _____

SURVEILLANCE

- ☐ Signes vitaux q 15 min x 4, q 30 min x 2, q 1 h x 4 et ensuite q 6 h
☐ Autre surveillance requise : _____
Respecter en tout temps la surveillance prévue selon les ordonnances d'analgésie post-opératoire

ALIMENTATION

- ☐ Diète molle
☐ Diète régulière
☐ Autre : _____

MOBILISATION

- ☐ Tête de lit surélevée à 30° et plus
☐ Mobilisation progressive selon tolérance

AUTRE

- ☐ Application locale de glace PRN
☐ Oxygène humidifié
☐ _____
☐ _____

PLANIFICATION DU CONGÉ

- ☐ Congé suite à la visite médicale
☐ Congé si bien éveillé, signes vitaux stables, absence de saignement, absence de vomissement et douleur bien contrôlée
☐ Rendez-vous médical dans _____ semaines
☐ Clinique externe
☐ Bureau privé

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du prescripteur

permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi :

Ordonnance relevée par : (init. inf.)