

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

MÉDICATION POST-OPÉATOIRE

Hôpital Anna-Laberge

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____

_____ O₂ pour saturation supérieure à _____ %

Initiales

_____ Spirométrie

Initiales

_____ Si diurèse inférieure ou égale à 250 mL aux 8 heures, administrer

Initiales

- ☐ Bolus de NaCl 0,9% _____ mL **OU**
- ☐ Bolus de Lactate Ringer _____ mL aux 8 heures PRN (maximum 2 bolus PRN).

Médicaments

Débuter en post-op immédiat :

_____ Pantoprazole 40 mg PO DIE ou si per os impossible aviser pharmacie pour changement

Initiales

Débuter après le protocole d'analgésie post-opératoire :

_____ Ipratropium 250 mcg via nébuliseur aux 6 heures PRN si dyspnée. Administrer avec salbutamol

Initiales

_____ Salbutamol 2,5 mg via nébuliseur aux 6 heures PRN si dyspnée. Administrer avec ipratropium

Initiales

_____ Salbutamol 2,5 mg via nébuliseur en entre-dose aux heures PRN si dyspnée.

Initiales

Aviser médecin si utilisation successive à 2 reprises

_____ Clonidine 0,05 mg PO QID PRN si TAS supérieure ou égale à 180 mmHg ou TAD supérieure ou égale à 110 mmHg

Initiales

Aviser médecin si utilisation successive à 2 reprises

_____ Captopril 25 mg PO QID PRN si TAS supérieure ou égale à 180 mmHg ou TAD supérieure ou égale à 110 mmHg

Initiales

Aviser médecin si utilisation successive à 2 reprises

_____ Quétiapine ☐ 12,5 mg ☐ 25 mg PO BID PRN si agitation

Initiales

_____ Oxazépam ☐ 7,5 mg ☐ 15 mg PO BID PRN si anxiété, insomnie, agitation s'il ne reçoit pas une autre benzodiazépine

Initiales

_____ Halopéridol 0,5 mg IM BID PRN si agitation malgré oxazépam et quétiapine

Initiales

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du prescripteur

_____ # permis

☐ Fax envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

MÉDICATION POST-OPÉATOIRE
Hôpital Anna-Laberge
(SUITE)

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
 AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

Débuter après le protocole d'analgésie post-opératoire :

_____ Ondansétron 4 mg ☐ IV ☐ PO aux 6 heures PRN si nausées ou vomissements

Initiales

_____ DimenhyDRINATE ☐ 25 mg ☐ 50 mg ☐ PO ☐ IV aux 6 heures PRN si nausées ou vomissements malgré ondansétron

Initiales

_____ Polyéthylèneglycol (PEG) 17 g PO DIE ☐ régulier ☐ PRN si constipation

Initiales

Analgésie

_____ Acétaminophène ☐ 650 mg ☐ 1000 mg ☐ PO ☐ IR QID PRN si douleur ou fièvre

Initiales

_____ Oxycodone _____ mg PO aux 6 heures si douleur

Initiales

_____ HYDROmorphone _____ mg ☐ PO ☐ demie-dose SC aux 3 heures PRN si douleur

Initiales

_____ Morphine _____ mg ☐ PO ☐ demie-dose SC aux 3 heures PRN si douleur

Initiales

_____ Naproxen 250 mg ou _____ mg ☐ PO BID régulier pour 5 jours ou _____ jours

Initiales

OU

_____ Célécoxib 100 mg ou _____ mg PO BID régulier pour 5 jours ou _____ jours

Initiales

_____ Naproxen 500 mg ☐ PO BID PRN si douleur

Initiales

OU

_____ Célécoxib 100 mg PO BID PRN si douleur

Initiales

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du prescripteur

_____ # permis

☐ Fax envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)