



DT9062

**ORDONNANCE POST-OPÉATOIRE
CLIENTÈLE BLESSÉE ORTHOPÉDIQUE**

Site : _____

No dossier		
Nom		
Prénom		
DDN	NAM	Exp.
Classification :		

ALLERGIE : _____ TAILLE : _____ cm POIDS : _____ kg

GROSSESSE ALLAITEMENT FCT HÉPATIQUE DIMINUÉE FCT RÉNALE DIMINUÉE AUTRE(S) : _____

SOINS ORTHOPÉDIQUES

TYPE DE CHIRURGIE : _____

- Appliquer glace pendant 20 min **q 2h** sur site opératoire pour 7 jours, puis **QID et PRN** par la suite
→ Si plâtre, attelle plâtrée ou bandage élastique : appliquer glace pendant 90 min **QID et PRN**
- Élever mbre inf. opéré au lit : soulever pied du lit, garder genoux en extension **sans** oreiller sauf si attelle/fixateur externe
- Élever mbre sup. opéré au lit avec oreiller placé sous l'avant-bras et la main
- Si pansement sec : changer 1^{er} pansement pour pansement acrylique jour 2 post-op
- Si pansement acrylique : retirer pansement au retrait des agrafes ou changer si pastille saturée à plus de 80%
→ Si saignement actif : retirer pansement acrylique; appliquer pansement sec et changer DIE et PRN
- Enlever les agrafes le (date) _____ : en totalité **OU** une sur deux

Contrôles d'examens post-opératoires (requête à compléter par l'orthopédiste)

- RX : (date) _____ Scan : (date) _____ RMN : (date) _____
 ECG : (date) _____ Envoyer CD en radiologie pour PACS Autre : (date) _____

SOINS INFIRMIERS

- SV et SpO₂ q 15 min x 4 puis q 30 min x 4, puis TID → **Aviser médecin si TAs inférieure à 90 mmHg**
- Sevrer O₂ pour SpO₂ à 92% et plus → **Aviser médecin si inférieure à 90 % ou besoin continu d'augmenter l'O₂**
- T° buccale q 8h → **Aviser médecin si supérieure à 38,5°C**
- Signes neurovasculaires q 4h x 24h, puis TID
- Exercices respiratoires 5 min q 1h
- Dosage I/E q 8h → **Aviser médecin si diurèse inférieure à 250 ml / 8h**
- Retirer sonde urinaire _____ jours post-op
→ Si diurèse inférieure à 250 ml en 8h ou inconfort : vérifier le volume vésical avec le BladderScanMD
→ Si contenu vésical de 500 ml ou plus : faire un cathétérisme vésical. **Aviser médecin si 2 consécutifs**
- Soluté : D5%-NaCl 0,9% Lactate Ringer Autre : _____
- Débit : _____ ml/h IV, cesser lorsque s'hydrate bien et installer un dispositif d'accès IV verrouillé
- **Diète** Progressive Diabétique NPO sauf médicaments NPO absolu Autre : _____

LABORATOIRES

Jour 1 post-op	<input type="checkbox"/> FSC	<input type="checkbox"/> Na, K	<input type="checkbox"/> Urée, créatinine	<input type="checkbox"/> INR - PTT	<input type="checkbox"/> Troponine	<input type="checkbox"/> Autre(s) : _____
DIE x _____ jours post-op	<input type="checkbox"/> FSC	<input type="checkbox"/> Na, K	<input type="checkbox"/> Urée, créatinine	<input type="checkbox"/> INR - PTT	<input type="checkbox"/> Troponine	<input type="checkbox"/> Autre(s) : _____
Autre fréquence _____	<input type="checkbox"/> FSC	<input type="checkbox"/> Na, K	<input type="checkbox"/> Urée, créatinine	<input type="checkbox"/> INR - PTT	<input type="checkbox"/> Troponine	<input type="checkbox"/> Autre(s) : _____

Code 50 (Fait le _____) **OU** À faire jour 1 post-op

Aviser médecin si Hb inférieure à : 80 g/L **OU** _____ g/L

Kaliémie : Si kaliémie inférieure à 3 mmol/L ou supérieure à 5,3 → **Aviser médecin**

Si kaliémie de 3 à 3,5 mmol/L → KCl 40 mEq PO STAT et contrôler K dans 4h

Si kaliémie de 3,6 à 3,9 mmol/L → KCl 20 mEq PO STAT et contrôler K le lendemain

Prénom et nom du prescripteur

Signature du prescripteur

Permis

AAAA/MM/JJ

Heure



DT9062

**ORDONNANCE POST-OPÉRATOIRE
CLIENTÈLE BLESSÉE ORTHOPÉDIQUE**

Site : _____

No dossier		
Nom		
Prénom		
DDN	NAM	Exp.
Classification :		

Consultation ergothérapie ; Évaluation capacité fonctionnelle Positionnement Plaie

Consultation physiothérapie (débuter dès que possible)

MOTIF DE RÉFÉRENCE : _____

IMPORTANT : Télécopier cette ordonnance au(x) consultant(s) demandé(s); fait office de requête professionnelle

MOBILISATION

Tête de lit	<input type="checkbox"/> À plat	<input type="checkbox"/> Trendelenburg inversé	<input type="checkbox"/> 30°	<input type="checkbox"/> Au confort
Position latérale	<input type="checkbox"/> Alterné q 2h	<input type="checkbox"/> Droite seulement	<input type="checkbox"/> Gauche seulement	<input type="checkbox"/> Non permis
Lever au fauteuil	Débuter le : _____ <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> TID <input type="checkbox"/> Selon tolérance <input type="checkbox"/> Non permis			
	<input type="checkbox"/> 1 ^{er} lever sans corset/collet permis si Hémovac en place <input type="checkbox"/> Utilisation du lève-personne			
Appareils particuliers	<input type="checkbox"/> Collet cervical Pour _____ sem			
	Porter : <input type="checkbox"/> 24h/24h <input type="checkbox"/> Aux mobilisations hors du lit <input type="checkbox"/> Pour confort seulement			
	Installer : <input type="checkbox"/> Couché <input type="checkbox"/> Assis au bord du lit			
	Retirer : <input type="checkbox"/> Couché <input type="checkbox"/> Assis au bord du lit <input type="checkbox"/> Non permis <input type="checkbox"/> Permis <input type="checkbox"/> Hygiène <input type="checkbox"/> Douche			
Appareils particuliers	<input type="checkbox"/> Corset Pour _____ sem			
	Porter : <input type="checkbox"/> 24h/24h <input type="checkbox"/> Aux mobilisations hors du lit <input type="checkbox"/> Pour confort seulement			
	Installer : <input type="checkbox"/> Couché <input type="checkbox"/> Assis au bord du lit			
	Retirer : <input type="checkbox"/> Couché <input type="checkbox"/> Assis au bord du lit <input type="checkbox"/> Non permis <input type="checkbox"/> Permis <input type="checkbox"/> Hygiène <input type="checkbox"/> Douche			
Attelles	<input type="checkbox"/> Stevenson	<input type="checkbox"/> MSD	<input type="checkbox"/> MSG	Pour _____ sem
	Porter : <input type="checkbox"/> 24h/24h <input type="checkbox"/> Aux mobilisations hors du lit <input type="checkbox"/> Pour confort seulement			
	<input type="checkbox"/> Zimmer	<input type="checkbox"/> MID	<input type="checkbox"/> MIG	Pour _____ sem
	Porter : <input type="checkbox"/> 24h/24h <input type="checkbox"/> Aux mobilisations hors du lit <input type="checkbox"/> Pour confort seulement			
	<input type="checkbox"/> Écharpe	<input type="checkbox"/> MSD	<input type="checkbox"/> MSG	Pour _____ sem
	Porter : <input type="checkbox"/> 24h/24h <input type="checkbox"/> Aux mobilisations hors du lit <input type="checkbox"/> Pour confort seulement			
Restriction de mobilisation	<input type="checkbox"/> Aucune restriction	MSD	<input type="checkbox"/> OUI Angle/articulation : _____	Pour _____ sem
		MSG	<input type="checkbox"/> OUI Angle/articulation : _____	Pour _____ sem
		MID	<input type="checkbox"/> OUI Angle/articulation : _____	Pour _____ sem
		MIG	<input type="checkbox"/> OUI Angle/articulation : _____	Pour _____ sem
Mise en charge	<input type="checkbox"/> Aucune MSD	<input type="checkbox"/> Appui antébrachial	<input type="checkbox"/> Selon tolérance	Pour _____ sem
	<input type="checkbox"/> Aucune MSG	<input type="checkbox"/> Appui antébrachial	<input type="checkbox"/> Selon tolérance	Pour _____ sem
	<input type="checkbox"/> Aucune MID	<input type="checkbox"/> Partielle _____%	<input type="checkbox"/> Selon tolérance	Pour _____ sem
	<input type="checkbox"/> Aucune MIG	<input type="checkbox"/> Partielle _____%	<input type="checkbox"/> Selon tolérance	Pour _____ sem

LISTE DE PROBLÈMES À ÉVALUER ET TRAITER

Douleur Diminution force musculaire Diminution autonomie aux transferts
 Inflammation Diminution mobilité articulaire Diminution autonomie à la marche
 Diminution autonomie aux escaliers Autre(s) : _____

_____	_____	_____
Prénom et nom du prescripteur	Signature du prescripteur	Permis
_____	_____	_____
AAAA/MM/JJ	Heure	

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge



DT9062

**ORDONNANCE POST-OPÉRATOIRE
CLIENTÈLE BLESSÉE ORTHOPÉDIQUE**

Site : _____

No dossier		
Nom		
Prénom		
DDN	NAM	Exp.
Classification :		

ANTIBIOPROPHYLAXIE

Fracture grade I ou II selon la classification de Gustilo-Anderson SANS CONTAMINATION

Pour DFGe à 30 ml/min ou plus :

- Si poids moins de 120 kg : céFAZoline 2 g IV
 - Si poids de 120 kg ou plus : céFAZoline 3 g IV
 - Si allergie sévère aux bêta-lactamines ou usager SARM : Vancomycine 15 mg/kg IV soit _____ g (maximum 2 g)
- } q 8h x 2 doses à débiter 8h après la dernière dose périopératoire
x 1 dose à donner 12h après la dernière dose périopératoire

Pour DFGe à moins de 30 ml/min :

- Si poids moins de 120 kg : céFAZoline 2 g IV
 - Si poids de 120 kg et plus : céFAZoline 3 g IV
 - Si allergie sévère aux bêta-lactamines ou usager SARM : aucune dose de Vancomycine à répéter en post-opératoire
- } x 1 dose à donner 12h après la dernière dose périopératoire

Fracture grade III selon la classification de Gustilo-Anderson SANS CONTAMINATION

Recommandation au médecin : Durée maximale de 72h ou de 24h après la fermeture de la plaie

- cefTRIAxone 2 g IV q 24h x _____ jours
- Si usager SARM : ajouter Vancomycine selon ordonnance « CNM23101 – Initiation d'un traitement à la vancomycine »
- Si allergie sévère aux bêta-lactamines :

Recommandation au médecin : si une durée de plus de 72h est prévue ou la DFGe est inférieure à 60 ml/min, une consultation en microbiologie est suggérée

- Vancomycine selon ordonnance « CNM23101 – Initiation d'un traitement à la vancomycine »

ET

- Gentamicine 5 mg/kg soit _____ mg IV q 24h x _____ jours à débiter 24h après la dernière dose (contacter la pharmacie si DFGe inférieur à 60 ml/min)
Faire un dosage de gentamicine immédiatement avant la 2^e dose (la 1^{ère} dose est celle reçue avant ou périopératoire s'il y a lieu)

ET

- Suivi pharmacocinétique par la pharmacie

Fracture de tous grades AVEC CONTAMINATION

- Si allergie aux bêta-lactamines : consultation en microbiologie

Si DFGe à 20 ml/min ou plus :

- Pipéracilline-Tazobactam 3,375g IV q 6h x _____ jours à débiter 6h après la dernière dose périopératoire
- Si usager SARM : ajouter Vancomycine selon ordonnance « CNM23101 – Initiation d'un traitement à la vancomycine »

Si DFGe à moins de 20 ml/min :

- Pipéracilline-Tazobactam 2,25g IV q 6h x _____ jours à débiter 6h après la dernière dose périopératoire

Prénom et nom du prescripteur	Signature du prescripteur	Permis
AAAA/MM/JJ	Heure	

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge



DT9062

**ORDONNANCE POST-OPÉRATOIRE
CLIENTÈLE BLESSÉE ORTHOPÉDIQUE**

Site : _____

No dossier		
Nom		
Prénom		
DDN	NAM	Exp.
Classification :		

Si usager SARM : ajouter Vancomycine selon ordonnance « CNM23101 – Initiation d'un traitement à la vancomycine »

THROMBOPROPHYLAXIE POST-OPÉRATOIRE

Recommandations au médecin
Si obésité (IMC supérieure à 30) ou faible poids (inférieur à 50 kg) : ajuster la dose
(Guide thérapeutique de thromboprophylaxie : HSCM (2012), intranet CIUSSS).

Recommandation au médecin : discuter avec anesthésiologiste si cathéter épidural ou périmerveux

- Débuter ce soir à _____ h **OU** le (date) _____ à (heure) _____
- Énoxaparine 30 mg SC BID
- Daltéparine 5 000 unités SC DIE *À privilégier si DFGe inférieur à 30 ml/min
- Contre-indication à la prophylaxie pharmacologique
- Bas à compression intermittente
- Autre : _____

Recommandations au médecin : Contre-indications thromboprophylaxie pharmacologique

Déjà anticoagulé (ex. : warfarine, APlxaban, dabigatran, rivaroxaban)	Thrombopénie à l'héparine
Coagulopathie hémorragique; Saignement actif	Trauma hémorragique cérébral ou spinal
Thrombopénie sévère inférieure à 50 x 10 ⁹ /L	AVC hémorragique aigu de moins de 48h

Cathéter épidural ou périmerveux : discuter avec anesthésiologiste

ANALGÉSIE

Non-opioïde

- Acétaminophène 975 mg **OU** 650 mg PO ou IR QID régulier x 7 jours, puis QID PRN
*Dose réduite en présence de cirrhose ou d'alcoolisme. Dose standard de 975 mg **OU** dose réduite à 650 mg.
- Célécoxib 200 mg PO BID x ____ jours **OU si allergie aux sulfamidés** Naproxène 500 mg PO BID x ____ jours
*AINS non recommandé si antécédent de maladie cardiovasculaire, coagulopathie, DFGe à 60 ml/min ou moins, ulcère gastrique.
- Prégabaline 75 mg PO BID **OU** Prégabaline 75 mg PO DIE *Si DFGe à 60 ml/min ou moins
*À éviter si traumatisme crânien-cérébral ou antécédent de troubles cognitifs.

Opioïde

- HYDROmorphone _____ mg SC q 3h PRN → **Opter pour PO dès que l'usager est bien soulagé et que PO toléré**
*Dose réduite si 75 ans ou plus, IMC 35 ou plus, insuffisance respiratoire ou cardiaque chronique, maladie neuromusculaire, apnée du sommeil, démence, histoire de délirium.

OU

- HYDROmorphone _____ mg PO q 3h PRN

Prénom et nom du prescripteur	Signature du prescripteur	Permis
AAAA/MM/JJ	Heure	

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge



DT9062

**ORDONNANCE POST-OPÉRATOIRE
CLIENTÈLE BLESSÉE ORTHOPÉDIQUE**

Site : _____

No dossier		
Nom		
Prénom		
DDN	NAM	Exp.
Classification :		

OU

Autre : _____

GESTION DES EFFETS SECONDAIRES RELIÉS À L'ANALGÉSIE

- Ondansétron 4 mg IV ou PO q 6h PRN en premier choix
- Métoprolol 10 mg IV ou PO q 6h PRN si récurrence de nausées 1h post Ondansétron ou nausées persistantes
- diphenhydrAMINE 25 mg IV ou PO q 4h PRN si prurit
- Pantoprazole 40 mg po die x _____ jours *À considérer si prise d'AINS
- Polyéthylène glycol 3350 17 g PO DIE x 2 jours, puis DIE PRN
- Cesser l'administration de laxatif si présence de diarrhée

TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION **SI OCCLUSION SOUPÇONNÉE : ne pas donner de laxatifs et aviser le médecin

Appliquer le traitement de la constipation si traitement préventif non-efficace

Si pas de selles depuis 2 jours, le 3^e jour → 1 supp. de glycérine 2,7 g IR et 1 supp. de bisacodyl 10 mg IR
Si suppositoires non efficaces après 2h : 1 lavement Fleet^{md}. si DFGe à 30 ml/min ou plus
OU 1 lavement Fleet^{md} Huileux si DFGe à moins de 30 ml/min

Si aucune selle dans les 24h suivant le lavement → Toucher rectal et suivre l'étape A, B ou C

- A) Aucune selle dans l'ampoule rectale → **Aviser médecin**
- B) Présence de selles : 1 lavement Fleet^{md} huileux (avec tube rectal PRN) → **Aviser médecin si aucune selle après 2h**
- C) Présence de fécalome : curage rectal avec lidocaïne gel 2% → **Aviser médecin si impossibilité d'évacuer**

Faire represcrire les laxatifs après avoir appliqué l'une ou l'autre des étapes pour le traitement de la constipation

CONGÉ

Rendez-vous au congé avec Dr(e) _____ dans _____ sem

Avec radiographie (requête(s) à compléter par l'orthopédiste) : _____

_____	_____	_____
Prénom et nom du prescripteur	Signature du prescripteur	Permis
_____	_____	
AAAA/MM/JJ	Heure	

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge