



DT9062

No dossier		
Nom		
Prénom		
DDN	NAM	Exp.
Classification :		

**ORDONNANCE POST-OPÉRATOIRE ARTHROPLASTIE
HANCHE, GENOU OU ÉPAULE CLIENTÈLE HOSPITALISÉE**

Site : _____

ALLERGIE : _____ TAILLE : _____ cm POIDS : _____ kg

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

Radiographie de contrôle à la salle de réveil Type de chirurgie : _____

SOINS INFIRMIERS

- SV et SpO₂ q 30 min x 2, q 1h x 4, q 4h ad post-op jour 2, puis q 8h → **Aviser médecin si TAs inférieure à 90 mmHg**
- Signes neurovasculaires q 4h x 12h puis q 8h
- T° buccale q 8h et PRN → **Aviser médecin si supérieure à 38,5°C**
- Sevrer O₂ pour SpO₂ à 92% ou plus → **Aviser médecin si inférieure à 90% ou besoin continu d'augmenter l'O₂**
- Exercices respiratoires pendant 5 min q 1h
- Dosage I/E q 8h → **Aviser médecin si diurèse inférieure à 250 ml / 8h**

SOINS DE PLAIES

- Appliquer glace pendant 20 min **q 2h** sur site opératoire pour 7 jours, puis **QID et PRN** par la suite
- Hémovac : Avec succion Sans succion → **Aviser médecin si draine plus que _____ ml / 8h**
- Si Hémovac draine plus que _____ ml : Cesser succion x _____ h Clamper x _____ h, puis reprendre
- Retirer Hémovac à 17h00 post-op jour 1, si drainage inférieur à 200 ml dans le dernier 8h
- Enlever pansement acrylique 10 jours post-op ou changer PRN si pastille saturée à plus de 80%
- Pansement sec si saignement actif, à changer die et PRN
- Retirer les agrafes _____ jours post-op

LABORATOIRES (à partir du jour 1)

- FSC die x 2 jours ou x _____ jours → **Aviser médecin si Hb inférieure à : 80 g/L OU _____ g/L**
- Urée, créatinine, Na, K, Cl die x 2 jours ou x _____ jours Autre(s) : _____

SOLUTÉ

- D5%-NaCl 0,9% IV à _____ ml/h Lactate Ringer IV à _____ ml/h Autre : _____
- Cesser soluté dès que possible lorsque s'hydrate bien et SV stables
- Garder un dispositif d'accès veineux verrouillé jusqu'à la fin des médicaments IV, puis cesser si SV stables

DIÈTE : Normale Diabétique Autre : _____

ÉLIMINATION

- Retirer sonde urinaire post-op jour 1 à 7h
- Si diurèse inférieure à 250 ml en 8h ou inconfort : vérifier le volume vésical avec le BladderScan^{MD}
- Si contenu vésical de 500 ml ou plus : faire un cathétérisme vésical.
- Aviser médecin si 2 cathétérismes consécutifs**

Prénom et nom du prescripteur

Signature du prescripteur

Permis

AAAA/MM/JJ

Heure



DT9062

No dossier		
Nom		
Prénom		
DDN	NAM	Exp.
Classification :		

**ORDONNANCE POST-OPÉRATOIRE ARTHROPLASTIE
HANCHE, GENOU OU ÉPAULE CLIENTÈLE HOSPITALISÉE**

Site : _____

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

- Consultation physiothérapie : débuter dès que possible
- Consultation ergothérapie : Évaluation des capacités fonctionnelles Positionnement Plaie
- Premier lever 4 à 6 h post-op (par le personnel soignant de l'étage)

MEMBRE SUPÉRIEUR

- PTE Droite Gauche Protocole : Anatomique Inversée
- ATELLE : Stevenson x ____ sem Coussin d'abduction x ____ sem Écharpe x ____ sem
- En tout temps Pour confort Enlever pour exercices
- Peut bouger : Coude Poignet - Main

MEMBRE INFÉRIEUR

- PTH Endoprothèse hanche Droite Gauche Approche : Postérieure Antérieure
- Aucune restriction **OU** Précaution selon approche chirurgicale
- PTG Prothèse uni compartimentale (PUC) Prothèse fémoro-patellaire (PFP) Droite Gauche
- ATELLE (Préciser) : _____ x ____ sem
- En tout temps À la marche seulement Pour confort Enlever pour exercices
- Prostalac → Préciser articulation : _____
- Mobilisation permise : NON OUI → Préciser _____

MISE EN CHARGE : Complète Toe touch x ____ sem Partielle % ____ x ____ sem Aucune x ____ 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) : _____

Indications spécifiques/contre-indications : _____

Prénom et nom du prescripteur

Signature du prescripteur

Permis

AAAA/MM/JJ

Heure



DT9062

No dossier		
Nom		
Prénom		
DDN	NAM	Exp.
Classification :		

**ORDONNANCE POST-OPÉRATOIRE ARTHROPLASTIE
HANCHE, GENOU OU ÉPAULE CLIENTÈLE HOSPITALISÉE**

Site : _____

MÉDICATION

Suivre ordonnances prescrite en pré-admission (Orthopédie, médecine interne, cardiologie ou autre)

→ À numériser à la pharmacie

- Bolus de 500 ml de NaCl 0,9% IV, en 30 min, 30 min avant le premier lever
- Acide tranexamique 1 g PO IV _____ h post-op
- LORazépam 1 mg PO ou SL HS PRN
- Si prescrit en pré-op, retirer timbre de scopolamine 24h après la fin de la chirurgie

Recommandation au médecin

Aucune antibioprophylaxie recommandée post-opératoire, peu importe l'implantation de matériel ou non

Thromboprophylaxie

- Débuter ce soir à _____ h OU Débuter le lendemain matin de la chirurgie

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

→ **Chirurgie Hanche / Genou**

- Énoxaparine 30 mg SC BID
- Daltéparine 5 000 unités SC DIE
- APIxaban 2,5 mg PO BID
- Rivaroxaban 10 mg PO DIE
- Contre-indication à la prophylaxie pharmacologique
- Bas à compression intermittente
- Autre : _____

Recommandations au médecin

Contre-indications à la thromboprophylaxie pharmacologique

Déjà anticoagulé (ex. : warfarine, apixaban, dabigatran, rivaroxaban)

Coagulopathie hémorragique

Saignement actif

Thrombopénie sévère inférieure à $50 \times 10^9/L$

Thrombopénie à l'héparine

Trauma hémorragique cérébral ou spinal

AVC hémorragique aigu de moins de 48h

Cathéter épidural ou périmerveux : discuter avec anesthésiologiste

→ **Chirurgie Épaule**

- Daltéparine 5 000 unités SC DIE
- Énoxaparine 40 mg SC DIE
- Aucune indication pour une thromboprophylaxie
- Contre-indication à la prophylaxie pharmacologique
- Bas à compression intermittente
- Autre : _____

Prénom et nom du prescripteur

Signature du prescripteur

Permis

AAAA/MM/JJ

Heure

Ne rien inscrire dans la marge



DT9062

No dossier		
Nom		
Prénom		
DDN	NAM	Exp.
Classification :		

**ORDONNANCE POST-OPÉRATOIRE ARTHROPLASTIE
HANCHE, GENOU OU ÉPAULE CLIENTÈLE HOSPITALISÉE**

Site : _____

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

OU

- Autre : _____

GESTION DES EFFETS SECONDAIRES RELIÉS À L'ANALGÉSIE

- Ondansétron 4 mg IV ou PO q 6h PRN en premier choix
Métoclopramide 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

Autres médicaments : _____

PLANIFICATION DE CONGÉ

- Retour à domicile Réadaptation Suivi clinique externe _____ semaine(s) post-op avec radiographie
- HJT Clinique Autonome HJT HSCM HF Clinique de Dr _____

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

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge