



DT9062

No dossier		
Nom		
Prénom		
DDN	NAM	Exp.
Classification :		

**ORDONNANCE POST OPÉRATOIRE  
EN NEUROCHIRURGIE**

Site : Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal

ALLERGIE : \_\_\_\_\_ TAILLE : \_\_\_\_\_ cm POIDS : \_\_\_\_\_ kg  
GROSSESSE  ALLAITEMENT  FCT HÉPATIQUE DIMINUÉE  FCT RÉNALE DIMINUÉE  AUTRE(S) : \_\_\_\_\_

**SOINS INFIRMIERS**

- SV et SpO<sub>2</sub> q 15 min x 4, q 30 min x 4, q 1h X 4 puis QID et PRN → **Aviser médecin si TAs inférieure à 90 mmHg**
- Signes neurologiques q 15 min x 4, q 30 min x 4, q 1h x 4 puis QID et PRN → **Aviser médecin si détérioration**
- T° q 8h et PRN → **Aviser médecin si supérieure à 38,5 °C**
- Sevrer O<sub>2</sub> pour SpO<sub>2</sub> à 92% ou plus → **Aviser médecin si inférieure à 90% ou besoin continu d'augmenter l'O<sub>2</sub>**
- Auscultation pulmonaire q 4h
- Exercices respiratoires (spirométrie et/ou exercices de toux dirigés) 5 min q 1h lorsqu'éveillé
- Bilan I/E q 8h x \_\_\_\_\_ jours  Aviser si diurèse inférieure à 250 ml q 8h
- Bilan I/E q 1h (si chirurgie hypophysaire, voir prescription endocrinologue)
  - Aviser si diurèse supérieure à 200 ml/h x 2h consécutives
- Hygiène buccale q 4h
- Dépistage de dysphagie selon RSI-011

**DRAINS**

- Jackson Pratt  Hémovac
  - pleine succion  demi-succion  sans succion
  - **Aviser médecin** si draine plus de : \_\_\_\_\_ ml q 8h

**SOINS DE PLAIE**

- Refaire pansement au congé ou si souillé plus de 50%
- Laisser plaie chirurgicale à l'air libre (pansement transparent en aérosol déjà en place)
- Agrafes  Points de sutures → À retirer dans \_\_\_\_\_ jours

**NUTRITION**

- NPO sauf médicaments  NPO absolu incluant médicaments

Si dépistage de dysphagie négatif ou non requis :

- Diète  Progressive  Normale  Sans sucres concentrés  Autre : \_\_\_\_\_
- Installer tube nasogastrique et se référer à l'OC-2018-04 *Initier une radiographie abdominale afin de vérifier l'emplacement d'un tube nasogastrique (TNG) ou d'un tube*

**ÉLIMINATION**

- Sonde urinaire en drainage libre  Cesser sonde urinaire à 7h le \_\_\_\_\_  Cesser sonde urinaire lorsque se mobilise
- Si diurèse inférieure à 250 ml en 8h ou inconfort : vérifier le volume vésical avec le BladderScan
  - Si contenu vésical de 500 ml ou plus : faire un cathétérisme vésical. Si plus de 3 cathétérismes : **avisé médecin**
- Vérifier volume vésical post mictionnel avec BladderScan
  - Si plus de 300 ml : faire un cathétérisme. Si plus de 3 cathétérismes : **avisé médecin**

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 OPÉRAIRE  
EN NEUROCHIRURGIE**

Site : Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal

**MOBILISATION**

- Tête de lit 30°     Tête de lit 90° pour alimentation     Tête de lit à plat  
 Repos au lit     Lever permis lorsque drain cessé     Lever permis dans \_\_\_ jours     Lever permis selon tolérance

**LABORATOIRES**

- FSC, Na, K, Cl, Urée, Créatinine DIE x 3 jours     Autres : \_\_\_\_\_

- PTT et INR x 1

- Si température buccale supérieure à 38,5 °C : Hémocultures x 2, FSC, radiographie pulmonaire, analyse et culture d'urine  
 Aviser médecin lorsque radiographie pulmonaire faite.

**MÉDICATION**

- Soluté :  D5%-NaCl 0,9% IV à \_\_\_\_\_ ml/h     D5%-NaCl 0,45% IV à \_\_\_\_\_ ml/h     NaCl 0,9% IV à \_\_\_\_\_ ml/h

- KCl 20 mmol par litre de soluté IV

- Cesser soluté 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

- Acétaminophène     650 mg PO ou IR     q 6h si température supérieure à 38,5 °C ou douleur     q 6h régulier

- 975 mg PO ou IR     q 6h si température supérieure à 38,5 °C ou douleur     q 6h régulier

- HYDROmorphone \_\_\_\_\_ mg PO q \_\_\_ h PRN si douleur

OU

- HYDROmorphone \_\_\_\_\_ mg SC q \_\_\_ h PRN si douleur

OU

- Autre : \_\_\_\_\_ q \_\_\_ h PRN si douleur

- LORazépam     0,5 mg     1 mg SL ou PO HS PRN

- Dexaméthasone     1 mg     2 mg     4 mg OU \_\_\_\_\_ mg     PO     IV     DIE     BID     TID     QID

- Sevrage de dexaméthasone à débiter : \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ mg     QID     TID     BID     DIE pour \_\_\_\_\_ h PUIS

- \_\_\_\_\_ mg     QID     TID     BID     DIE pour \_\_\_\_\_ h PUIS

- \_\_\_\_\_ mg     QID     TID     BID     DIE pour \_\_\_\_\_ h PUIS

- \_\_\_\_\_ mg     QID     TID     BID     DIE pour \_\_\_\_\_ h PUIS cesser

**MÉDICATION (suite)**

- LévÉTIRAcétam     500 mg     750 mg     1 000 mg PO q 12h **OU** \_\_\_\_\_

- Pantoprazole 40 mg     IV     PO     DIE     BID

OU

- Dexlansoprazole 30 mg PO DIE

OU

- Ésoméprazole 40 mg via levine DIE

- Ondansétron 4 mg à 8 mg IV ou PO q 6h PRN (tenter 4 mg d'abord)

→ Si nausées réfractaires à l'ondansétron :

- Métoclopramide     5 mg     10 mg IV ou PO q 6h PRN **OU**     DimenhyDRINATE 50 mg IV ou PO ou IR q 6h PRN

- Polyéthylène glycol 3350 17 g PO DIE x 2 jours, puis DIE PRN

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 OPÉATOIRE  
EN NEUROCHIRURGIE**

Site : Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal

- Sennosides  8,6 mg  17,2 mg PO BID  
 Cesser l'administration de laxatif si présence de diarrhée

**Thromboprophylaxie**

- Énoxaparine 40 mg SC DIE **OU**  Daltéparine 5 000 unités SC DIE **OU**  Héparine 5 000 unités SC BID  
 À débiter au retrait du drain  À débiter le : \_\_\_\_\_  MATIN  SOIR  
 Pas de thromboprophylaxie  
 Bas à compression intermittente  Cesser quand circule  Cesser quand thromboprophylaxie pharmacologique débutée

**Antibioprophylaxie (ne pas compter la dose de la salle d'opération)**

Si DFGe à 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> ou plus

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

Si DFGe à moins de 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>

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

**Autres médicaments** (Recommandation au prescripteur : utiliser BCM admission/transfert pour prescrire la médication usuelle)

---



---



---

**Glycémie**

- Glycémie capillaire AC TID et HS → à cesser si glycémies entre 4 et 7 mmol/L x 48 h  
 Échelle d'insuline SC selon glycémie capillaire AC TID et HS

HumuLIN R OU  HumaLOG  Autre : \_\_\_\_\_

Glycémie	AC	HS
• 10 mmol/L ou moins	→ 0 unité	0 unité
• 10,1 - 12 mmol/L	→ 2 unités	0 unité
• 12,1 - 14 mmol/L	→ 4 unités	2 unités
• 14,1 - 16 mmol/L	→ 6 unités	3 unités
• 16,1 - 18 mmol/L	→ 8 unités	4 unités

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  
EN NEUROCHIRURGIE**

Site : Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal

- 18,1 - 20 mmol/L → 10 unités 5 unités
- 20,1 mmol/L ou plus → 12 unités 6 unités

IMPORTANT : **Aviser médecin** si glycémie capillaire supérieure ou égale à 20,1

Si glycémie capillaire inférieure à 4 mmol/L : débuter le protocole de traitement d'hypoglycémie P-012

**EXAMENS**

- Scan cérébral le : \_\_\_\_\_  IRM cérébrale le : \_\_\_\_\_  Autre : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_
- Radiographie  cervicale  dorsale  lombaire le : \_\_\_\_\_

**CONSULTATIONS (Formulaire à compléter par médecin)**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médecine interne | <input type="checkbox"/> Microbiologie         | <input type="checkbox"/> Pneumologie         | <input type="checkbox"/> Cardiologie              |
| <input type="checkbox"/> Hémato-oncologie | <input type="checkbox"/> Gériatrie spécialisée | <input type="checkbox"/> Néphrologie         | <input type="checkbox"/> Endocrinologie           |
| <input type="checkbox"/> Orthopédie       | <input type="checkbox"/> Psychosomatique       | <input type="checkbox"/> IGES Neurochirurgie | <input type="checkbox"/> Infirmière progr. trauma |
| <input type="checkbox"/> Physiothérapie   | <input type="checkbox"/> Ergothérapie          | <input type="checkbox"/> Nutrition           | <input type="checkbox"/> Orthophonie              |
| <input type="checkbox"/> Service social   | <input type="checkbox"/> Neuropsychologie      | <input type="checkbox"/> Autres : _____      |   |

Ne rien inscrire dans la marge

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