



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 SpO₂ 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 O₂ pour SpO₂ à 92% ou plus → **Aviser médecin si inférieure à 90% ou besoin continu d'augmenter l'O₂**
- 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

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

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

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 :

- Métoproclamide 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

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

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 m² 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 m²

- 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

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

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

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

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