



SOINS POST-OPÉRATOIRES
CHIRURGIE DU RACHIS AVEC ATTEINTE
MÉDULLAIRE

--

DATE	HEURE	ORDONNANCES MÉDICALES	INFIRMIÈRE	
			REQUÊTE	PHARMACIE
		Soins infirmiers		
		Peser l'usager à l'admission et q 7 jours		
		Signes vitaux q 15 min x 4 puis q 30 min x 4 puis q 1 hre ad stabilité puis q _____ hres; T ⁰ q 4 hres		
		<input type="checkbox"/> Maintenir TA systolique _____ mmHg		
		Si T ⁰ > 38,5: aviser MD et prélever FSC - hémocultures X 2 - analyse et culture urine - culture expectoration - R-X pulmonaire		
		<input type="checkbox"/> Signes neurovasculaires :		
		<input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSG <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIG q _____ hres X _____ jrs		
		<input type="checkbox"/> Inspirométrie q 1 hre lorsqu'éveillé		
		<input type="checkbox"/> Poussées abdominales ou thoraciques PRN		
		Drain thoracique : <input type="checkbox"/> drainage libre <input type="checkbox"/> sous succion : _____ cmH ₂ O		
		Hémovac : <input type="checkbox"/> Pleine succion <input type="checkbox"/> Demie succion <input type="checkbox"/> Pas de succion		
		<input type="checkbox"/> Si draine > _____ / hre, cesser succion X _____ hre puis reprendre		
		<input type="checkbox"/> Aviser MD si draine > _____ / hre suite à reprise de succion		
		Changer 1 ^{er} pansement le 2 ^e jour post-op puis die X 2 puis q 2 jrs		
		Retrait des agrafes/sutures _____ jours post-op		
		Dosage Ingesta/Excreta q 8 hres		
		Aviser MD si diurèse < 30 ml/hre X 2		
		<input type="checkbox"/> Autre :		
		Mobilisations		
		<input type="checkbox"/> Matelas thérapeutique post-op 0		
		<input type="checkbox"/> Repos au lit <input type="checkbox"/> Tête à plat <input type="checkbox"/> Tête de lit 30 ⁰		
		<input type="checkbox"/> Trendelenburg inversé <input type="checkbox"/> Autre :		
		Évaluation de l'intégrité cutanée q 8 hres		
		Positionnement q 2 hres strict		
		Bande abdominale au lever avec bas anti-embolie		
		Verticaliser au lit progressivement avant lever		
		<input type="checkbox"/> 1 ^{er} lever jour 1 post-op (permis sans corset avec précaution si hémovac /drain thoracique en place ou corset non disponible)		
		PRENOM et NOM : _____		
		SIGNATURE: _____ # permis : _____		



SOINS POST-OPÉRATOIRES
CHIRURGIE DU RACHIS AVEC ATTEINTE
MÉDULLAIRE

DATE	HEURE	ORDONNANCES MÉDICALES	INFIRMIÈRE	
			REQUÊTE	PHARMACIE
		<input type="checkbox"/> Mobilisation au fauteuil BID selon tolérance - jusqu'à 2 heures maximum (permise sans corset avec précaution si hémovac/drain thoracique en place ou jusqu'à réception du corset)		
		<input type="checkbox"/> Utilisation du lève-personne permise		
		Mobilisation selon tolérance: <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSG <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIG		
		<input type="checkbox"/> Restrictions de mobilisation :		
		Mise en charge selon tolérance : <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSG <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIG		
		Ø Mise en charge:		
		<input type="checkbox"/> MSD X _____ semaines <input type="checkbox"/> MSG X _____ semaines		
		<input type="checkbox"/> MID X _____ semaines <input type="checkbox"/> MIG X _____ semaines		
		Port du collet : <input type="checkbox"/> aux mobilisations hors du lit <input type="checkbox"/> 24/24		
		Port du corset : <input type="checkbox"/> aux mobilisations hors du lit		
		Port de la minerve : <input type="checkbox"/> aux mobilisations hors du lit		
		<input type="checkbox"/> au lit quand tête > _____ ° <input type="checkbox"/> collet la nuit		
		Installation du collet / corset / minerve <input type="checkbox"/> couché <input type="checkbox"/> assis au bord du lit		
		<input type="checkbox"/> Retrait du collet / corset / minerve permis pour hygiène		
		<input type="checkbox"/> Autre :		
		Diète		
		<input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> Progressive <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Diabétique		
		<input type="checkbox"/> Selon orthophoniste si dysphagie <input type="checkbox"/> Autre :		
		<input type="checkbox"/> Gavage selon nutritionniste		
		Radiologie		
		<input type="checkbox"/> Salle de réveil :		
		<input type="checkbox"/> Le lendemain de la chirurgie :		
		<input type="checkbox"/> DIE :		
		<input type="checkbox"/> La veille du congé :		
		<input type="checkbox"/> Contrôle dans 6 semaines (si encore hospitalisé) :		
		<input type="checkbox"/> Autre :		
		PRENOM et NOM : _____		
		SIGNATURE: _____ # permis : _____		



SOINS POST-OPÉRATOIRES
CHIRURGIE DU RACHIS AVEC ATTEINTE
MÉDULLAIRE

DATE	HEURE	ORDONNANCES MÉDICALES	INFIRMIÈRE	
			REQUÊTE	PHARMACIE
		Laboratoires		
		<input type="checkbox"/> FSC → aviser MD si Hb ≤ _____		
		<input type="checkbox"/> E ⁺ - glycémie - BUN - créatinine		
		<input type="checkbox"/> Autre : _____		
		Fréquence : <input type="checkbox"/> le lendemain de la chirurgie		
		<input type="checkbox"/> DIE x _____ jrs		
		<input type="checkbox"/> Autre : _____		
		Solutés		
		<input type="checkbox"/> NaCl 0,9% <input type="checkbox"/> NaCl 0,9%-D5%		
		<input type="checkbox"/> NaCl 0,45%-D5% <input type="checkbox"/> Lactate Ringer		
		<input type="checkbox"/> Autre : _____		
		Ajout de <input type="checkbox"/> KCl 20 mEq/l ou <input type="checkbox"/> KCl 40 mEq/l		
		<input type="checkbox"/> Débit _____ ml/hre X 24 hres puis diminuer débit à TVO 2 ^e jour post-op si s'hydrate bien puis cesser soluté 3 ^e jour post-op si s'hydrate bien		
		<input type="checkbox"/> Autre : _____ ml/hre		
		Analgésie (post ACP)		
		<input type="checkbox"/> Morphine _____ mg SC q _____ hres PRN si dlr		
		<input type="checkbox"/> Morphine _____ mg PO q _____ hres PRN si dlr		
		Ou		
		<input type="checkbox"/> Dilaudid _____ mg SC q _____ hres PRN si dlr		
		<input type="checkbox"/> Dilaudid _____ mg PO q _____ hres PRN si dlr		
		ou		
		<input type="checkbox"/> Autre : _____		
		Antibioprophylaxie		
		<input type="checkbox"/> Ancef 2g IV q 8 hres X 3 doses		
		ou		
		<input type="checkbox"/> Vancomycine 1g IV q 12 hres X 2 doses (présence de SARC et/ou allergie à l'Ancef)		
		ou		
		<input type="checkbox"/> Autre : _____		
		PRENOM et NOM : _____		
		SIGNATURE: _____ # permis : _____		



SOINS POST-OPÉRATOIRES
CHIRURGIE DU RACHIS AVEC ATTEINTE
MÉDULLAIRE

DATE	HEURE	ORDONNANCES MÉDICALES	INFIRMIÈRE	
			REQUÊTE	PHARMACIE
		Thromboprophylaxie		
		<input type="checkbox"/> Bas anti-embolie		
		<input type="checkbox"/> Bas à compression séquentielle x 14 jours		
		<input type="checkbox"/> Lovenox 30 mg SC q 12 hres <input type="checkbox"/> à débiter quand hémovac cessé		
		<input type="checkbox"/> Autre :		
		Autre médication		
		<input type="checkbox"/> Tylenol _____ mg <input type="checkbox"/> PO ou <input type="checkbox"/> IR q _____ hres PRN si dlr ou T ⁰ > 38,5		
		<input type="checkbox"/> Cepacol 1 pastille q 2 hres PRN		
		<input type="checkbox"/> Uremol 10% application sur zones sèches des mains et pieds BID		
		<input type="checkbox"/> K-Dur _____ mEq x 1 dose si K ≤ _____ → E ⁺ le lendemain matin		
		<input type="checkbox"/> Autre :		
		À débiter post ACP		
		<input type="checkbox"/> Gravol 50 mg <input type="checkbox"/> PO ou <input type="checkbox"/> IR q 4 hres PRN si nausées		
		<input type="checkbox"/> Gravol 50 mg IV q 4 hres PRN si nausées		
		Prophylaxie gastrique		
		<input type="checkbox"/> Pantoloc 40 mg PO die		
		ou		
		<input type="checkbox"/> Zantac 50 mg IV q _____ hres		
		<input type="checkbox"/> Autre :		
		Médication usuelle		
		Élimination intestinale		
		<input type="checkbox"/> DIE, à débiter jour 1 post-op		
		<input type="checkbox"/> Gel de lidocaïne 2% 5-10 min pré-stimulation digitale, si présence d'épisodes de dysréflexie autonome, si constipation nécessitant extraction de fécalome, si procédure engendre de la douleur.		
		<input type="checkbox"/> Intestin réflexe (lésions thoraciques et cervicales):		
		- Colace 100 mg PO HS		
		- Senokot 8.6 mg PO HS		
		- Dulcolax 10 mg IR à 7h le matin		
		PRENOM et NOM : _____		
		SIGNATURE: _____	# permis : _____	



SOINS POST-OPÉRATOIRES
CHIRURGIE DU RACHIS AVEC ATTEINTE
MÉDULLAIRE

DATE	HEURE	ORDONNANCES MÉDICALES	INFIRMIÈRE	
			REQUÊTE	PHARMACIE
		→ Interventions non pharmacologiques DIE, 30 à 60 min post-repas : - Stimulation digitale pré et post retrait des selles		
		- Massage abdominal, positionnement (décubitus latéral gauche, position fœtale), bande abdominale, liquide chaud avant routine		
		<input type="checkbox"/> Intestin aréflexe (lésions sacrées : conus et queue de cheval):		
		- Colace 200 mg PO HS		
		- Senokot 17.2 mg PO HS		
		→ Interventions non pharmacologiques DIE, 30 à 60 min post-repas : - Évacuation manuelle des selles (curage rectal)		
		- Massage abdominal, positionnement (décubitus latéral gauche, position fœtale), liquide chaud avant routine		
		Élimination vésicale		
		<input type="checkbox"/> Atteinte complète : garder sonde urinaire		
		<input type="checkbox"/> Atteinte incomplète (ASIA C/D) :		
		- retirer sonde urinaire selon le protocole de l'Essai mictionnel chez l'usager ayant subi une blessure médullaire incomplète si toutes les conditions d'application sont présentes sinon garder sonde urinaire		
		Consultations		
		<input type="checkbox"/> Prise en charge BM (Ergo, Inhalo, Nutrition, Physio, Psycho, S. Social)		
		<input type="checkbox"/> Orthophonie (usager avec tétraplégie)		
		<input type="checkbox"/> Physiatrie <input type="checkbox"/> Autre :		
		Planification du congé		
		Résumé dicté le _____		
		Rendez-vous dans _____ semaines en Clinique Externe avec R-X contrôle		
		Congé prévu : <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> avec SAD		
		<input type="checkbox"/> Retour CH		
		<input type="checkbox"/> Réadaptation		
		<input type="checkbox"/> Selon évolution		
		<input type="checkbox"/> Autre :		
		PRENOM et NOM : _____		
		SIGNATURE: _____		
			# permis : _____	