

2.50 - ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE
Post-opératoire aux soins intensifs
chirurgicaux / Jour 0-1-2 post op



* I C M 3 0 0 *

ALERTES NURSING

- **Aviser le médecin si critères de stabilité hémodynamique non rencontrés (protocole 3.29) et si :**
 - Hb < 70 g/L ou _____ g/L
- **Intervenir selon section 4 pour les 2 points suivants :**
 - Si index cardiaque (IC) < 2,0 L/min/m²
 - Si TAM < 65 mmHg
- **Intervenir selon section 6 pour le point suivant**
 - Si TAS ≥ 140 mmHg ou ≥ _____ mmHg

1. VENTILATION MÉCANIQUE

- Mode : _____ et paramètres initiaux à l'admission Fr : _____ Vc : _____ FiO₂ : _____% Ai : _____ Peep : _____
- Ne pas extuber le patient ad nouvel ordre
- Après confirmation avec le md : l'inhalothérapeute procède à l'extubation si critères d'extubation rencontrés selon le *protocole 3.29 – Soins et surveillances aux soins intensifs chirurgicaux*

2. TYPE DE SUIVI (PRÉLÈVEMENTS SANGUINS, MOBILISATION)

- Suivi standard Suivi intensif

3. ARYTHMIE – Si FA de novo ≥ 5 minutes (Valide J 0 - 1 - 2)

- S'assurer que K⁺ > 4,0 et Mg > 0,8 mmol/L et corriger au besoin selon l'OC 1.4 – *Correction des électrolytes – Unité des soins intensifs chirurgicaux*
- Cardiomulateur externe temporaire en fonction :
 - Fréquence : _____/min - Puissance (output) : _____ mA - Sensibilité (sensing) : _____ mV
- Amiodarone 300 mg IV x 1 sur 30 min (1^{er} bolus)
 - Amiodarone 150 mg IV si FA persiste 30 min après la fin du 1^{er} bolus
 - Aviser le médecin si FA persiste 30 min après la fin du 2^e bolus

4. BAS DÉBIT CARDIAQUE (DC) OU HYPOTENSION ARTÉRIELLE (Valide J 0 et 1)

- Si TVC < 12 mmHg en association avec IC < 2,0 L/min/m² ou ↑ des vasopresseurs pour maintenir une TAM cible :
 - Faire la réplétion volémique avec :
 - Plasma-Lyte 500 ml IV sous pression (~ 5 min) et faire DC immédiatement à la fin du bolus
 - Après bolus de 500 ml :
 - Si TVC < 12 mmHg en association avec IC < 2,0 L/min/m² ou ↑ des vasopresseurs pour maintenir une TAM cible : aviser médecin

5. HÉMORRAGIE – Si saignement post-opératoire > 150 mL/h X 2 ou ≥ 200 mL/h X 1 : (Valide pour J 0)

- Faire coag, ACT et Rotem Stat et aviser le médecin
- Administrer Protamine 50 mg IV x 1 en 30 min si ACT > 150 secondes
- Si administration de produits sanguins : Faire FSC et coag 30 min après

6. HYPERTENSION - Si TAS ≥ 140 mmHg ou selon prescription médicale : (Valide pour J 0-1)

- Si chirurgies aortiques (incluant Ross, David, Yacoub, Aorte ascendante, Crosse et StentGraft) et cible de TAS non atteinte aviser médecin (pour confirmer le choix d'antihypertenseur).
- Toutes autres chirurgies, débuter Nitroprussiate IV (20 mg dans 100 ml D 5 %) à 0,4 mcg/kg/min ad 3,8 mcg/kg/min
 - Si Nitroprussiate IV en continu depuis 4 h et TAS > 140 mmHg : aviser médecin pour évaluer si antihypertenseur PO requis
 - Lorsque Nitroprussiate à 80 ml/h : donner Clonidine 0,2 mg V/L x 1 et si inefficace après 1 h aviser le médecin

7. SECTION HYPOGLYCÉMIE OU HYPERGLYCÉMIE (VALIDE POUR J 0 ET +)

- À l'arrivée aux soins intensifs : considérer la glycémie sur les laboratoires faits STAT et ajuster selon le protocole 3.57 - *Projet pilote 3^e Nord - Protocole Insulinothérapie intraveineuse ou 3.1 – Protocole traitement de l'hypoglycémie*

Signature du médecin : _____ Date : _____ Heure : _____