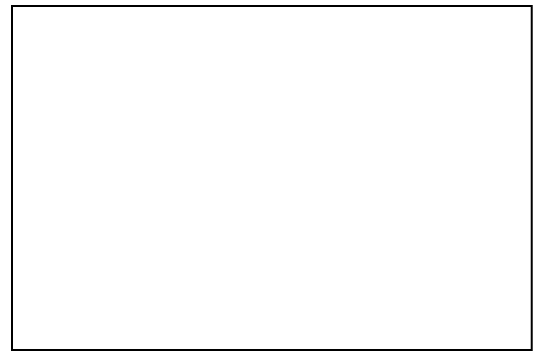


2.77 – ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE

Continuum de soins pour un patient admis pour un réveil en chirurgie



- Cette ordonnance est valide aux soins intensifs et sur le département d'accueil **pour 24 h suivant son admission aux soins intensifs**
- **Si le séjour dépasse 24 h**, une réévaluation médicale est requise pour valider les ordonnances

I- EXAMENS ET LABORATOIRES À L'ARRIVÉE AUX SOINS INTENSIFS

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ECG | <input type="checkbox"/> Gaz artériel |
| <input type="checkbox"/> RX POUMONS | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |
| <input type="checkbox"/> FSC | |

II- MEDICATION

- **Si analgésie administrée : suivre la règle de soins sur la surveillance des adultes recevant des opiacés (n° 6)**

A) ANALGESIE

- Acétaminophène (*Tyleno*^{MD}) 650 mg PO/IR q 6 h régulièrement
- Acétaminophène (*Tyleno*^{MD}) 975 mg PO/IR q 6 h régulièrement
- Naproxen (*Naprosyn*^{MD}) 500 mg IR ou PO BID x 4 doses maximum
 - Lorsque la créatinine augmente ou si le patient urine moins que 0,5 mL/kg/h pendant 2 h de suite : aviser l'intensiviste avant d'administrer le naproxen (*Naprosyn*^{MD})
 - Ne pas administrer de naproxen (*Naprosyn*^{MD}) si : créatinine > 130 µmol/L ou saignement ≥ 100 mL/h

Si le patient ne peut pas prendre de médication PO, aviser le médecin

- Hydromorphone (*Dilaudid*^{MD}) _____ mg PO q 4 h régulier q 6 h régulier
- Hydromorphone (*Dilaudid*^{MD}) _____ mg PO q 2 h PRN en entre –doses
- Entre-dose d'Hydromorphone IV : valide aux **SOINS INTENSIFS** seulement
 - Hydromorphone 0,2 mg IV q 5 min PRN X 5
 - Si patient non soulagé aviser médecin

B) AUTRES MEDICATIONS

III- SURVEILLANCES INFIRMIERES AUX SOINS INTENSIFS

- Signes vitaux (FC, RR, TA, douleur, saturométrie, température)
 - q 15 min X 1h plus PRN, puis q 2 h ad congé des soins intensifs
 - Prendre T⁰ à l'arrivée plus PRN
- État neurologique : réaction des pupilles, force motrice et niveau de sédation (échelle RASS) à l'arrivée puis q 8 h

IV- PARTICULARITES - SOINS INTENSIFS

- Observer aux soins intensifs pour _____ heures minimum
- Si patient respecte les critères de stabilité hémodynamique, transférer avec accord médical au :

<input type="checkbox"/> 3 ^e Centre (Chirurgie)	<input type="checkbox"/> 4 ^e Centre (Médecine)
<input type="checkbox"/> 5 ^e Est (Unité coronarienne)	<input type="checkbox"/> 4 ^e Est (Soins intensifs médicaux)
<input type="checkbox"/> Cour –séjour	<input type="checkbox"/> Autre :

Critères de stabilité hémodynamique
RASS entre -1 à +1
Échelle numérique douleur < 4 au repos/CPOT 1
Extrémités chaudes et colorées
Retour capillaire < 3 secondes
FC < 100
TAM > 65

Signature de l'intensiviste : _____	Date : _____	Heure : _____
-------------------------------------	--------------	---------------