

Note opératoire et recommandations postopératoires

Date : ____/____/____
jj mm aaaa



Diagnostic pré op : _____

Diagnostic post op : _____

Type de chirurgie: _____

Chirurgie valvulaire : _____ Mécanique Biologique Maze

Détails : _____

Cœur battant _____ CEC : _____ temps de clamage : _____ arrêt circulatoire : _____

Pertes sanguines : _____ Drains: pleural : _____ médiastinal : _____

Cardiostimulateur: Fil(s) auriculaire(s) : _____ Fil(s) ventriculaire(s) : _____

RECOMMANDATIONS POSTOPÉRATOIRES

MÉDICATION	
<input type="checkbox"/>	Viser TA systolique < 140 mmHg ou _____ mmHg x 24 h post op
<input type="checkbox"/>	Nitroglycérine en perfusion pour pontage artériel pour 12 h
<input type="checkbox"/>	Diltiazem (Cardizem ^{MD}) 30 mg po QID, à débiter J 1 si pontage radial
<input type="checkbox"/>	ASA 80 mg po ou via levine, 6h post op si saignement < 100 mL/h
<input type="checkbox"/>	ASA 80 mg po die à partir de J 1
<input type="checkbox"/>	Clopidogrel (Plavix ^{MD}) 75 mg PO DIE
<input type="checkbox"/>	Ticagrelor (Brilinta ^{MD}) 90 mg PO BID
} À partir du jour 2 et plus (3 mois post pontages et 1 an pour revascularisation post SCA)	
<input type="checkbox"/>	Héparine IV selon protocole. Débiter : jour 2 <input type="checkbox"/> jour 3 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Warfarine (Coumadin ^{MD}) : Indication(s) : _____ -Viser cible : <input type="checkbox"/> 2-3 ou <input type="checkbox"/> 2.5-3.5 -Débiter : <input type="checkbox"/> J2 ou <input type="checkbox"/> J3
<input type="checkbox"/>	Procédure Ross TAS cible _____
<input type="checkbox"/>	Débiter Cozaar (Losartan ^{MD})
<input type="checkbox"/>	Naproxen (Naprosyn ^{MD}) 250 mg BID x 6 mois
RETIRER LES FILS DE PACEMAKER ÉPICARDIQUES :	
<input type="checkbox"/>	De façon usuelle <input type="checkbox"/> Couper à la peau <input type="checkbox"/>
PARTICULARITÉS	
<input type="checkbox"/>	Retirer le tensor le lendemain de la chirurgie ou _____ h post op
<input type="checkbox"/>	Aviser arythmie pour reprogrammer défibrillateur implantable le lendemain de la chirurgie
<input type="checkbox"/>	RETIRER LES DRAINS SELON RECOMMANDATIONS USUELLES
<input type="checkbox"/>	CHIRURGIE DE RÉPARATION D'UN ANÉVRISME DE L'ARTE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Scan avant le congé de l'ICM <input type="checkbox"/> Scan dans ____ mois post-op <input type="checkbox"/> Pas de scan nécessaire
<input type="checkbox"/>	ÉCHOGRAPHIE CARDIAQUE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Échographie avant le congé de l'ICM <input type="checkbox"/> Échographie dans ____ mois post-op

SIGNATURE CHIRURGIEN : _____

DATE : _____

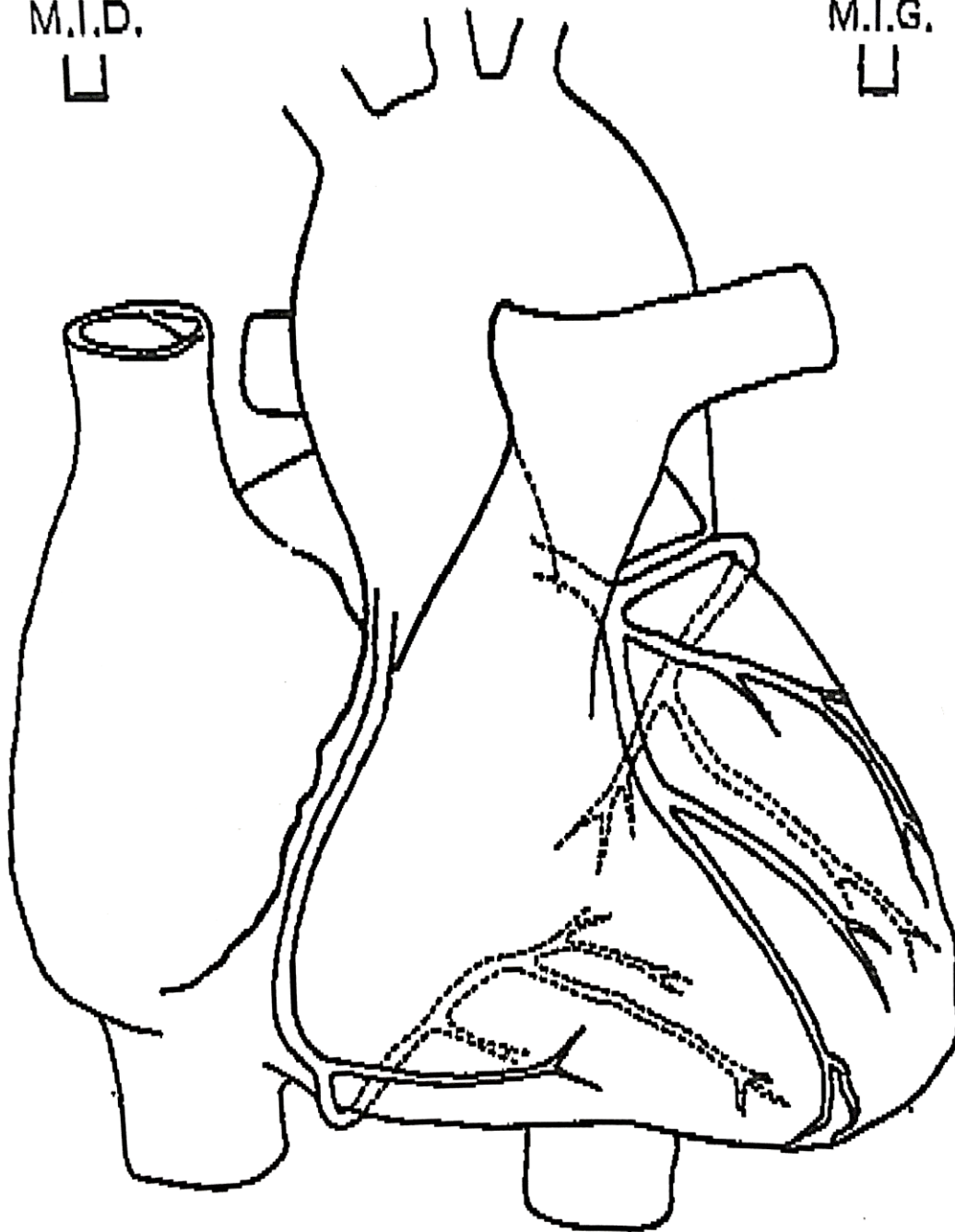
SIGNATURE ASSISTANT OPÉRATOIRE : _____

HEURE : _____



M.I.D.
□

M.I.G.
□



Signature chirurgien : _____

Date : _____ Heure : _____

Signature assistant opératoire : _____