|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| OPI-GY-003 | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |  | | | |
| Installation : | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ordonnances pharmaceutiques  post-opératoire UROLOGIE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Allergie médicamenteuse1 : | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **ANNÉE** | | | | **MOIS** | | | **JOUR** | | | |  | | | | |  | | |  | | | | |
|  |  |  |  | |  |  | |  |  | | | h | | | |  | Poids1: \_\_\_\_\_\_\_ kg | | | | Taille1: \_\_\_\_\_\_\_ cm | ClCr2 : \_\_\_\_\_\_\_ mL/h |
| Date | | | | | | | | | | Heure | | | | |  | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Suivre les ordonnances pharmaceutiques de l’anesthésiologiste en premier lieu. Lorsque les ordonnances de l’anesthésiologiste sont terminées, reprendre les ordonnances du chirurgien ci-dessous**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Antibiothérapie** | | **Analgésie – Usager hospitalisé** | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Aucune antibiothérapie post-op (cesser antibiotique pré-op) | | Ordonnance AAM-A (algorithme analgésie multimodale adulte) | | | **Soluté** | | **Analgésie – Usager en chirurgie d’un jour ou hospitalisé si analgésie multimodale (AAM-A) non prescrit** | | | NaCl 0,9% avec  KCl 20 meQ/L  Lactate Ringer  Débit : \_\_\_\_\_\_ mL/h  Cesser soluté lorsque s’hydrate et s’alimente bien | | | Acétaminophène 1000 mg PO QID régulier x 72h puis QID PRN | *Si poids moins de 45 kg diminuer à 650 mg PO* | | | **Thromboprophylaxie** | | Kétorolac 30 mg IV q6h x 24h  *Si poids inférieur à 50 kg ou usager de 65 ans et plus diminuer à 15 mg IV*  À débuter après kétorolac si ce dernier est prescrit :  Célécoxib 100 mg PO BID x72h puis PRN  **OU**  Naproxène 500 mg PO BID x 72h puis PRN | | | Débuter  Ce jour à 22 h **OU**  Demain à 10h  Daltéparine 5000 unités SC q24h  Héparine 5000 unités SC  q12h ou  q8h  Se référer à l’ordonnance en vigueur dans votre installation | | | **À débuter si inconfort sonde double J ou sonde vésicale** | | | Tamsulosine 0,4 mg PO die  Solifénacine  5 ou  10 mg PO die  Mirabegron  25 ou  50 mg PO die  Fésotérodine  4 ou  8 mg PO die | | | Pantoprazole 40 mg PO die PRN si prise AINS | | | HYDROmorphone PO ou SC q3h PRN   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Poids \ Âge | Moins que 76 ans | 76 ans et plus | | Moins que 55 kg | 0,5-1 mg PO ou  0,25-0,5 mg SC | 0,5-1 mg PO ou  0,25-0,5 mg SC | | 55 kg et plus | 1-2 mg PO ou  0,5-1 mg SC | 0,5-1 mg PO ou  0,25-0,5 mg SC | | | | **Anti-émétiques** | | | Ondansétron 4 mg PO ou IV q8h PRN  DimenhyDRINATE 25-50 mg PO ou intrarectal ou IV q6h  PRN si non soulagé par ondansétron (si moins de 76 ans) | | | **Laxatifs (Si AAM-A non prescrit)** | | Morphine PO ou SC q3h PRN   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Poids \ Âge | Moins que 76 ans | 76 ans et plus | | Moins que 55 kg | 2,5-5 mg PO ou  1,5-2,5 mg SC | 2,5-5 mg PO ou  1,5-2,5 mg SC | | 55 kg et plus | 5-10 mg PO ou  2,5-5 mg SC | 2,5-5 mg PO ou  1,5-2,5 mg SC | | | | Polyéthylène glycol 17 g PO die PRN | | | **Autres ordonnances pharmaceutiques** | | |  | | |  | | |  | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature du médecin prescripteur | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nom en caractère d’imprimerie | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No de permis |   1 Au CHUS, documenter dans le DCI-CAE (ARIANE), lorsque disponible 2 Clairance de la créatinine | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |