|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | BO101 | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | |
| installation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ordonnances pharmaceutiques  post-opératoire chirurgie thoracique | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Allergies médicamenteuses1/intolérances1 : | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
| **ANNÉE** | | | | **MOIS** | | **JOUR** | | |  | | | | |  | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | h | | | | | Intervention : | | | | | Poids1: | |  | | kg | Taille1: |  | cm | |
| **Date** | | | | | | | | **Heure** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Soluté**  OPI-CH-010 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lactate Ringer IV  NaCl 0,45 % + D5 % IV  NaCl 0,9 % IV  Autres : | | | | | | | | | | | | | | | | | **Débit à :** mL/h  Cesser soluté lorsque s’hydrate | | | | | | | | | |
| **Thromboprophylaxie (à cesser si anticoagulant débuté)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Débuter ce jour à 22 h **OU**  le lendemain matin à 10 h (si épidurale ou bloc paravertébral) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Daltéparine (Fragmin) 5000 unités SC q24h *2500 unités si poids moins de 40 kg* *7500 unités si poids plus de 100 kg* **ET PAS d’ÉPIDURALE** | | | | | | | | | | | | | | | | | Héparine 5000 unités SC  q12h ou  q8h *2500 unités q12h si poids moins de 40 kg 5000 unités q8h si poids plus de 100 kg* | | | | | | | | | |
| **Analgésie – Si analgésie multimodale (AAM-A) non prescrite** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acétaminophène (Tylenol) 1000 mg PO QID régulier X 72 h puis QID PRN *Si poids moins de 50 kg diminuer à 650 mg PO* *QID régulier X 72h puis QID PRN*  Kétorolac (Toradol) 30 mg IV q6h X 24 h (à débuter 8 h après dose de naproxène pré-opératoire) *Si âge plus de 75 ans ou poids moins de 50 kg diminuer à 15 mg IV q6h X 24 h*  Naproxène (Naproxen) à débuter après la fin du kétorolac si ce dernier est prescrit :  Naproxène 500 mg PO BID X 72 h puis PRN (à débuter 8 h après dose pré-opératoire) *Si âge plus de 75 ans ou poids moins de 50 kg diminuer à 250 mg PO BID X 72 h puis PRN*  Pantoprazole (Pantoloc) 40 mg PO DIE si prise d’AINS | | | | | | | | | | | | | | | | | HYDROmorphone (Dilaudid) PO ou SC q3h PRN   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Poids | Âge moins de  75 ans | Âge de 75 ans et plus | | Moins de 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 |   Morphine PO ou SC q3h PRN   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Poids | Âge moins de  75 ans | Âge de 75 ans et plus | | Moins de 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 |   Kétamine 100 mg/100 mL NaCl 0,9 % à mL/h X 48 heures puis cesser. *(0,1 mg/kg/h)  (par exemple, usager de 70 kg = 7 mL/h)* | | | | | | | | | |
| **Anti-émétiques (Si AAM-A non prescrit)** | | | | | | | | | | | | | | | | **Laxatifs (Si AAM-A non prescrit)** | | | | | | | | | | |
| Ondansétron (Zofran) 4 mg PO ou IV q8h PRN  Métoclopramide (Maxeran) 5 mg PO ou IV q6h PRN si non soulagé par ondansétron (si moins de 75 ans) | | | | | | | | | | | | | | | | Polyéthylène glycol 3350 (Lax-a day)17 g PO DIE PRN (régulier si prise de narcotiques)  Glycérine, suppositoire adulte, 1 suppositoire intrarectal PRN  Phosphate de sodium (Fleet) X 1 intrarectal (si suppositoire inefficace) | | | | | | | | | | |
| **Autres ordonnances pharmaceutiques** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | |  | | | | |
| Signature du prescripteur | | | | | | | | | | |  | | Nom en caractère d’imprimerie | | | | | | |  | | No de permis | | | | |
| 1 Documenter dans le DCI (ARIANE) lorsque disponible | | | | | | | | | | | | | | | Numérisé le (année/mois/jour) : / / à h | | | | | | | | | | | |