



CP4937

VÉRIFICATION PRÉOPÉRATOIRE
CHIRURGIE CARDIAQUE
(REF : OC-65, OC-182, OC-112)

Allergies : _____

Intolérances : _____

Investigation de base: unité soins + clinique ambulatoire					Investigation complémentaire: clinique ambulatoire (unité de soins au besoin ou si prescrit)				
Analyses et examens	Date/init.	Vérfié/init.	Date/init.	Vérfié/init.	Analyses et examens	Date/init.	Vérfié/init.		
FSC					Échographie (si prescrit pour unités de soins)				
TCA					Folstein (si suspicion de troubles cognitifs)				
INR									
Groupe RH Recherche d'anticorps									
HB glyquée					Consultants: Unités de soins + clinique ambulatoire				
Ions					Consultant	Avisé le :	Fait le :	Init. Évaluation jointe ✓ / init.	
Albumine					Médecine interne				
Créatinine					Dentiste				
Algofoie (ALT, phosphatase alcaline)					Nutrition				
Protéine C réactive					Service social				
TSH					Anesthésiologiste				
Troponine					Médicaments à faire cesser				
NTproBNP						Médicament	Cessé le :	Init.	
Bilan lipidique à jeun					Antiplaquettaire				
Glucose à jeun					Anticoagulant				
Radiographie pulm.					Anti-inflammatoire				
ECG inférieur à 48 hrs (et répéter si DRS ou si nouvelles arythmies)					Hormonothérapie de remplacement				
BHCG qualitatif si 60 ans ou moins et si n'a pas eu d'hystérectomie					HFPM				
SARM					Autres				
ERV					Veille: Unités de soins + clinique ambulatoire				
Si diabétique						Date/init.	Vérfié/init.		
Microalbuminurie					Grouper/croiser (tous les usagers)				
Particularités					Aviser clinique au 5418 pour désactiver le défibrillateur				
					RNI si prise de warfarine (avisé si RNI plus grand que 1,5)				
					BHCG qualitatif si 60 ans ou moins et si n'a jamais eu d'hystérectomie (avisé le chirurgien si positif)				
					Glycémie QID si diabétique				
DATE	SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE			INIT.	DATE	SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE			INIT.
Année Mois Jour					Année Mois Jour				
Année Mois Jour					Année Mois Jour				

Télécopié au 4504, heure : : **Initiales :** _____

DOCUMENTS À JOINDRE AU DOSSIER POUR TRANSFERT IUCPQ-UL - CENTRES RÉFÉRENTS/PIVOTS

Nom du centre référent : _____

- Résumé médical et consultations, initiales : _____ FADM, initiales : _____
- Résumé d'examens, analyses et glycémies si diabétique, initiales : _____ PTI, initiales : _____
- BCM, si impossible : profil pharmacologique et liste des médicaments du domicile, initiales : _____
- Évaluation initiale de l'usager, notes infirmières, initiales : _____

PRÉPARATION IUCPQ-UL AVANT LA CHIRURGIE

	Date	Initiales		Date	Initiales
Visionnement des vidéos d'enseignement préopératoire et postopératoire			1 selle dans les 2 jours avant la chirurgie (OC-112)		
Enseignement préopératoire			Capteurs de glycémie (Freestyle Libre ou Dexcom G6), vernis, bague(s), perçage(s), retirés ou coupé(s)		
Évaluation pré-anesthésie complétée			Bracelets d'identification / allergies au bras droit		
Consentement en sérologie complété			Cathéter i.v. au bras droit si diabétique ou prise d'antibioprophylaxie		
Histoire médicale complétée			Gargarisme qid (5 jours avant la chirurgie)		
Permis opératoire signé			Télécopier le plan chirurgical au bloc opératoire ou insérer au dossier (clinique ambulatoire)		

PRÉPARATION PHYSIQUE

	Date	Initiales
Débuter OC-182 et lingettes ou éponges, 5 jours avant la date de la chx prévue, s'il y a lieu		
La veille Poids contrôlé : _____ kg Taille : _____ cm Tour de taille : _____ cm		
Douche et shampoing		
<input type="checkbox"/> Lingettes ou <input type="checkbox"/> Éponges de Chlorhexidine et rincer à la douche <input type="checkbox"/> OC-182 s'il y a lieu		
État de la peau <input type="checkbox"/> intact (si problème inscrire notes infirmières et aviser)		
Jour de la chirurgie Poids du matin : _____ kg		
Rasage (2 h avant l'appel prévu) <input type="checkbox"/> chambre <input type="checkbox"/> chirurgie d'un jour heure : _____		
<input type="checkbox"/> Lingettes ou <input type="checkbox"/> Éponges de Chlorhexidine et rincer à la douche après le rasage		
État de la peau <input type="checkbox"/> intact (si problème inscrire notes infirmières et aviser)		

Si la chirurgie est reportée

	Date	Initiales
La veille Poids contrôlé : _____ kg Taille : _____ cm Tour de taille : _____ cm		
Douche et shampoing		
<input type="checkbox"/> Lingettes ou <input type="checkbox"/> Éponges de Chlorhexidine et rincer à la douche <input type="checkbox"/> OC-182 s'il y a lieu		
État de la peau <input type="checkbox"/> intact (si problème inscrire notes infirmières et aviser)		
Jour de la chirurgie Poids du matin : _____ kg		
Réévaluer le rasage (2 h avant l'appel prévu) refait <input type="checkbox"/> oui heure : _____ <input type="checkbox"/> non		
<input type="checkbox"/> Lingettes ou <input type="checkbox"/> Éponges de Chlorhexidine et rincer à la douche		
État de la peau <input type="checkbox"/> intact (si problème inscrire notes infirmières et aviser)		

JOUR DE LA CHIRURGIE

- Retirer le tampon hygiénique au besoin
- Enlever lunettes, verres de contacts, dentiers et sous-vêtements
- Transférer au bloc opératoire : dossier complet, carte IUCPQ, FADM, retirer numéro de chambre sur dossier
- À transférer au 3° SI : effets personnels voir liste (dans 2 sacs identifiés à l'usager) - **PAB**

DATE	SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE	INIT.	DATE	SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE	INIT.
Année Mois Jour			Année Mois Jour		
Année Mois Jour			Année Mois Jour		