**Formulaires et Listes de Contrôle de la Sécurité Chirurgicale**

Ce document contient des listes de contrôle et des formulaires pour toutes les étapes de la fistule, du POP, de l’incontinence et des chirurgies du tractus génital. Cliquer sur les hyperliens ci-dessus pour accéder à la liste de contrôle ou du formulaire sélectionnés.

1. [Liste de contrôle pour la candidature chirurgicale](#_Liste_de_contrôle) (p. 2)

[Formulaire de candidature chirurgicale](#_Formulaire_de_candidature) (p. 3-4)

1. [Liste de vérification de l’autorisation préalable à l’opération](#_Liste_de_vérification) (p. 5)

[Formulaire d’autorisation pré-op](#_Formulaire_d’autorisation_pré-op) (p. 6-8)

1. [Liste de contrôle de sécurité chirurgicale de l’OMS](#_Peri-op_WHO) (p. 9)
2. [Liste de vérification du rapport d’exploitation](#_Operation_Report_Checklist) (p. 10)

[Formulaire de rapport d’opération](#_Formulaire_de_rapport) (p. 11)

1. [Liste de contrôle du transport de la patiente](#_Patient_Transport_Checklist) (p. 12)

[Formulaire de transport de la patiente](#_Formulaire_de_transport) (p. 13-14)

1. [Liste de contrôle de soins quotidiens post-op](#_Post-Op_Daily_Rounds) (p. 15)

[Formulaire de soins quotidiens Post-op](#_Formulaire_de_soins) (p. 16-17)

1. [Liste de vérification récapitulative de la sortie (décharge)](#_Discharge_Summary_and) (p. 18)

[Formulaire récapitulatif de la sortie (décharge)](#_Formulaire_récapitulatif_de) (p. 19-20)

# 

# Liste de contrôle pour la candidature chirurgicale

Nom de la patiente

Age

Numéro d’hôpital

Numéro de contact téléphonique

Date de triage pour la candidature chirurgicale

Méthode de contraception

Nombre des Naissances vivantes / Nombre des mort-né/ Nombre d’enfants en vie

Date des Dernières Règles (DDR)

Taille

Poids

IMC [poids (kg)/taille2 (m2)]

* < 18.5 Sous poids 🡪Retarder la chirurgie en vue d’un soutien nutritionnel
* 18.5-24.9 Normal
* 25.0 – 29.9 Surpoids 🡪 Dépistage du diabète
* > 30 Obèse 🡪 Dépistage du diabète

Résumé de l’évaluation de l’examen physique

* Apte pour la chirurgie
* Inapte pour la chirurgie

Résultats des tests

* Hémogramme complet
* Electrolytes & fonction rénale
* Fonctions hépatiques
* Maladies infectieuses
* Diabète
* D’autres tests sanguins ou urinaires
* ECG/Electrocardiogramme

Tests d’imagerie

* Protéinurie
* Infection
* Test de Grossesse

Tests d’imagerie

* Sono rénal
* Sono pelvien
* Radiographie
* Tomodensitométrie
* Autre

Evaluation des problèmes de cicatrisation des plaies liées au site chirurgical et aux conditions médicales

Les conditions médicales

Evaluation finale (signée par le clinicien en charge du dossier)

* Autorisée pour la chirurgie
* N’a pas besoin de chirurgie, mais nécessite une admission pour un problème médical
* Non autorisée pour la chirurgie, nécessite une admission pour un problème médical
* Pas autorisée pour la chirurgie, ne nécessite pas une admission

Plan de traitement

Date de la prochaine évaluation pour une candidature chirurgicale si la patiente n’est pas admise à cette date

Disposition intermédiaire si elle n’est pas admise pour la chirurgie à cette date

# 

# Formulaire de candidature chirurgicale

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom de la patiente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | Age: \_\_\_\_\_ | | | | | | Numéro d’hôpital: \_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| Numéro de contact téléphonique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | Date de triage pour la candidature chirurgicale *(jj/mm/aaaa)*: \_\_\_*/*\_\_\_/\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| Nombre des naissances vivantes/ Nombre des mort-né/ Nombre d’enfants en vie: \_\_\_*/*\_\_\_/\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Méthode de contraception:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | Date des Dernières Règles (DDR):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| Taille (en cm): \_\_\_\_ | IMC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [poids (kg)/taille2 (m2)] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Poids (en kg): \_\_\_\_\_ | <18.5 sous poids 🡪 *Retarder la chirurgie en vue d’un soutien nutritionnel* | | | | | | | | | | 18.5-24.9 Normal  25.0 – 29.9 Surpoids🡪 *Dépistage du diabète*  >30 Obèse🡪 *Dépistage du diabète* | | | | | | | | | | | | | |
| Résumé de l’évaluation de l’examen physique: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apte pour la chirurgie | | | | Inapte pour la chirurgie | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Résultats des tests** *que la patiente avait faits ailleurs et qu’elle a montrés au personnel au moment du triage* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hémogramme complet/Hémogramme:  *Date du test: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | | | | | | | | | Hgb: \_\_\_\_\_ | | | | | Hématocrite: \_\_\_\_\_ | | | | | | | | Plaquettes: \_\_\_\_\_ | | |
| Electrolytes & Fonction rénale:  *Date du test: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | | | | | Na: \_\_\_\_ | | | CI: \_\_\_\_ | | | CO2: \_\_\_\_ | | | | K+: \_\_\_\_ | | | Urée: \_\_\_\_\_  (Blood Urea Nitrogen) | | | | | | Cr: \_\_\_\_ |
| Fonctions hépatiques:  *Date du test: \_\_\_\_\_\_\_* | | | SGOT: \_\_\_\_\_ | | | SGPT: \_\_\_\_\_ | | | Maladies infectieuses:  *Date du test: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | | | | | | | | Hep B:  \_\_\_\_\_\_ | | | | HIV:  \_\_\_\_\_\_ | | Paludisme:  \_\_\_\_\_\_ | |
| Diabète:  *Date du test: \_\_\_\_\_\_\_\_\_* | | Glycémie: \_\_\_\_\_ | | | | | | | D’autres tests sanguins ou urinaires:  *Date du test: \_\_\_\_\_\_\_\_\_* | | | | | | | | | | | | | | | |
| ECG/Electrocardiogramme:  *Date du test: \_\_\_\_\_\_\_\_\_* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tests d’imagerie** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sono rénal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | Sono pelvien: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | |
| Radiographie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | Tomodensitométrie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | |
| Autre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Est-ce que la patiente a des maladies diagnostiquées ou potentielles qui pourraient nuire à la cicatrisation? | | | | | | | | | | | | | | | | Oui | | | | Non | | | | |
| Sélectionner toutes les affections récentes, aigues, ou chroniques ou médicalement mal gérées de la patiente. *Si oui pour un ou pour tout, différer la date de la chirurgie de reconstruction jusqu’à l’obtention des conditions médicales pour une cicatrisation optimale.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Anémie  Malnutrition  Scorbut ou carences en vitamines  Mauvaise qualité tissulaire/inflammation active de la fistule nécessitant un débridement/douche/soins de la plaie avant la chirurgie | | | | | | | Maladie thyroïdienne  Asthme ou autres maladies pulmonaires  Maladie cardiovasculaire  Renal failure Insuffisance rénale  Maladie du foie  Sepsis, paludisme, fièvre hémorragique | | | | | | | | | | VIH+, Nombre total de lymphocytes <250  Fièvre d’origine inconnue  Schistosomiasis Schistosomiase  Helminthiases/vers intestinaux  Infection du tractus urinaire  Autre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Evaluation finale par:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Docteur | | Sage-femme | Infirmier |
| Autorisée à la chirurgie  Ne nécessite pas une chirurgie, ne nécessite pas une admission pour un problème médical | Pas autorisée à la chirurgie mais nécessite une hospitalisation pour problème médical  Pas autorisée à la chirurgie, ne nécessite pas une hospitalisation | | Pas candidate à la chirurgie à cause de (préciser):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **Plan de traitement**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| Date de la prochaine évaluation pour une candidature chirurgicale *(jj/mm/aaaa)*: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| Disposition intermédiaire: | | | | | | |
| Accueil | | Salle d’hôpital: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Autre local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Auberge/attente à la maison | | Autre éloigné: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Autre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

# 

# Liste de vérification de l’autorisation préalable à l’opération

Nom de la patiente

Numéro de contact téléphonique

Date d’expiration de l’autorisation

Numéro d’hôpital

Profil gynécologique déterminé

* Age
* Nombre des Naissances vivantes / Nombre des mort-né/ Nombre d’enfants en vie
* Date des Dernières Règles (DDR)
* Allaitante
* Méthode actuelle de contraception
* Ménopausée

Taille

Poids

IMC [poids (kg)/taille2 (m2)]

* < 18.5 Sous poids 🡪 Retarder la chirurgie en vue d’un soutien nutritionnel
* 18.5-24.9 Normal
* 25.0 – 29.9 Surpoids 🡪 Dépistage du diabète
* > 30 Obèse 🡪 Dépistage du diabète

Histoire médicale/ Examen des symptômes

* Allergies
* Pulmonaire
* Cardiovasculaire
* Abdominale
* Neuromusculaire
* Obstétrique
* Gynécologique
* Evaluation du PF
* TA
* Température
* Respiration
* Pouls

Classification ASA

Histoire médicale documentée

Antécédents médicaux documentés

Statut arrêt de toute alimentation par bouche NPO (Nil Per Os)

* Heure de la dernière prise de liquide
* Heure de la dernière prise d’aliments

Consentement & préparations

* Consentement signé
* Sang disponible (si nécessaire)
* Douche (si nécessaire)
* Lavement (si nécessaire)

Médicaments actuels

Résultats des tests

* Hémogramme complet
* Electrolytes & fonction rénale
* Fonctions hépatiques
* Maladies infectieuses
* Diabète
* D’autres tests sanguins ou urinaires
* ECG/Electrocardiogramme
* Test de grossesse

Tests d’imagerie

* Sono rénal
* Sono pelvien
* Radiographie
* Tomodensitométrie
* Autre

Le chirurgien valide l’autorisation

Le clinicien anesthésiste valide l’autorisation

L’infirmier de service valide l’autorisation sur tableau, tous les problèmes préopératoires rencontrés

Dossier d’anesthésie intra-opératoire

* Médicaments
* Anesthésie qui a été faite
* Equilibre des fluides
* Transfusion sanguine

# Formulaire d’autorisation pré-op

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom de la patiente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | Age: \_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | Numéro d’hôpital: \_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| Numéro de contact téléphonique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| Profil Gynécologique | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre des naissances vivantes: \_\_\_\_\_\_ | | | Date des Dernières Règles (DDR): \_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre des mort-né: \_\_\_\_\_\_ | | | Actuelle de contraception: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre d’enfants en vie: \_\_\_\_\_\_ | | | Allaitante: \_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | Ménopausée: \_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| IMC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [poids (kg)/taille2 (m2)] | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| <18.5 sous poids 🡪 *Retarder la chirurgie en vue d’un soutien nutritionnel* | 18.5-24.9 Normal | | | | | | | | | | | | | Taille (en cm): \_\_\_\_\_ | | |
| 25.0 – 29.9 Surpoids🡪 *Dépistage du diabète* | | | | | | | | | | | | |  | | |
| >30 Obèse🡪 *Dépistage du diabète* | | | | | | | | | | | | | Poids (en kg): \_\_\_\_\_\_ | | |
| **Histoire Médicale/ Examen des Symptômes** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Allergies: | | | | | Obstétrique: | | | | | | | | | | | |
| Pulmonaire: | | | | | Gynécologique: | | | | | | | | | | | |
| Cardiovasculaire: | | | | | Evaluation du PF: | | | | | | | | | | | |
| Abdominale: | | | | | TA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_mmHg | | | | | | | Température: \_\_\_\_\_oC or oF | | | | |
| Neuromusculaire: | | | | | Respiration: \_\_\_\_/min | | | | | | | Pouls: \_\_\_\_\_\_\_\_\_bpm | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Classification ASA *(Voir page suivante):* | | ASA I | | | | ASA II | | ASA III | | ASA IV | | | | | ASA V | ASA VI |
| Antécédents médicaux documentés | | Historique chirurgical documenté | | | | | | | | | | | | | | |
| Statut arrêt de toute alimentation par bouche NPO (Nil per Os): | | | | Consentement & Préparations  Consentement signé | | | | | | | | | Médicaments Actuels: | | | |
| Heure de la dernière prise de liquide: \_\_\_\_  Heure de la dernière prise d’aliments: \_\_\_\_ | | | | Sang disponible (si nécessaire)  Douche (si nécessaire)  Lavement (si nécessaire) | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Résultats des tests *que la patiente avait faits ailleurs et qu’elle a montrés au personnel au moment du triage*** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hémogramme complet/Hémogramme:  *Date du test: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | | | | | | Hgb: \_\_\_\_\_ | | | Hématocrite: \_\_\_\_\_ | | | | | Plaquettes: \_\_\_\_\_ | | | |
| Electrolytes & Fonction rénale:  *Date du test: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | | | Na: \_\_\_\_ | | CI: \_\_\_\_ | | | CO2: \_\_\_\_ | | K+: \_\_\_\_ | | Urée: \_\_\_\_\_  (Blood Urea Nitrogen) | | | | Cr: \_\_\_\_ | |
| Fonctions hépatiques:  *Date du test: \_\_\_\_\_\_\_* | | SGOT: \_\_\_\_\_ | | SGPT: \_\_\_\_\_ | | Maladies infectieuses:  *Date du test: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | | | | | Hep B:  \_\_\_\_\_\_ | | HIV:  \_\_\_\_\_\_ | | Paludisme:  \_\_\_\_\_\_ | | |
| Diabète:  *Date du test: \_\_\_\_\_\_\_\_\_* | Glycémie: \_\_\_\_\_ | | | | | D’autres tests sanguins ou urinaires:  *Date du test: \_\_\_\_\_\_\_\_\_* | | | | | | | | | | | |
| ECG/Electrocardiogramme:  *Date du test: \_\_\_\_\_\_\_\_\_* | | | | | | Test de grossesse:  *Date du test: \_\_\_\_\_\_\_\_\_* | | | | | | | | | | | |
| **Tests d’imagerie** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sono rénal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | Sono pelvien: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| Radiographie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | Tomodensitométrie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| Autre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Le chirurgien, l’anesthésiste et l’infirmière de service doivent signer:**

Le chirurgien valide l’autorisation à la chirurgie de la patiente - Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ date: \_\_\_\_\_\_\_\_

L’anesthésiste valide l’autorisation à la chirurgie de la patiente - Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ date: \_\_\_\_\_\_\_\_

L’infirmière de service valide la préparation de la patiente à la chirurgie - Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ date: \_\_\_\_

**Dossier d’Anesthésie Intra-Opératoire**

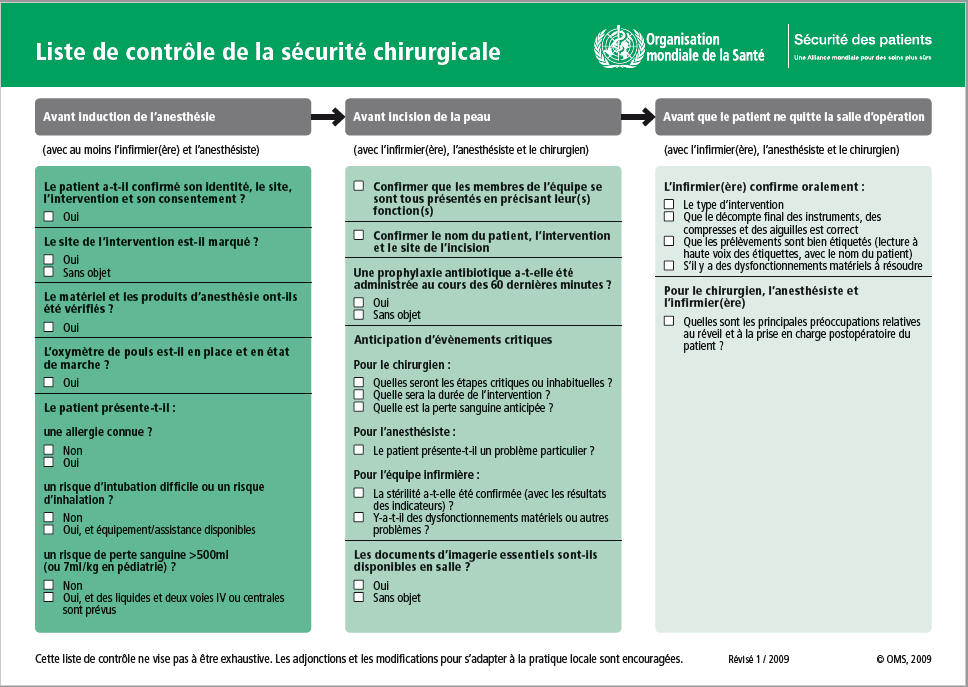
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Prémédication: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| **Médicaments** | | | | | *Dose* | | | *Voie d’abord* | | | | | | | *Heure* | | | **Anesthésie effectuée** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | | | | |  | | |  | | | | | | |  | | | Anesthésie spinale | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | |  | | |  | | | | | | |  | | | Niveau d’injection: \_\_\_\_ | | | | | | | | | Heure d’injection: \_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| 3. | | | | |  | | |  | | | | | | |  | | | Médicament utilisé & dosage: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | |  | | |  | | | | | | |  | | | Degré de sensibilité: Avant l’opération \_\_\_\_\_\_  Après l’opération \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | | | | |  | | |  | | | | | | |  | | |
| 6. | | | | |  | | |  | | | | | | |  | | | Anesthésie générale | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. | | | | |  | | |  | | | | | | |  | | | * Kétamine | | | | | | | * Gaz, type: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| 8. | | | | |  | | |  | | | | | | |  | | | Intubation endotrachéale: | | | | | | | | | | | * Oui | | | * Non | | | |
| **Fluid balance Equilibre des fluides** | | | | | | | | | | | | | | | | | | Anesthésie locale | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Heure* | *Infusion (type/mL)* | | | | | | *Sortie d’urine* | | | | | | *Vomitus* | | | | | **Transfusion sanguine** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | Groupe sanguine de la patiente & rhésus: \_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | *Heure* | | *Groupe sanguin du donneur* | | | | | | | *Nombre de poches (Sac)* | | | | | | *Volume (mL)* | | |
|  |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | |
| **O2/min** | |  |  |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  |  |
| **SPO2** | |  |  |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  |  |
| **ETCO2** | |  |  |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  |  |
| **200** | |  |  |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  |  |
| **190** | |  |  |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  |  |
| **180** | |  |  |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  |  |
| **170** | |  |  |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  |  |
| **160** | |  |  |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  |  |
| **150** | |  |  |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  |  |
| **140** | |  |  |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  |  |
| **130** | |  |  |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  |  |
| **120** | |  |  |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  |  |
| **110** | |  |  |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  |  |
| **100** | |  |  |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  |  |
| **90** | |  |  |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  |  |
| **80** | |  |  |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  |  |
| **70** | |  |  |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  |  |
| **60** | |  |  |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  |  |
| **50** | |  |  |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  |  |
| **40** | |  |  |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  |  |
| **30** | |  |  |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  |  |
| **20** | |  |  |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  |  |
| **10** | |  |  |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  |  |
| **Démarrage** | |  |  |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  |  |

|  |
| --- |
| **Système de classification de l’état physique d’ASA (American Society of Anesthésiologistes ou Société Américaine d’Anesthésiologistes)** |
| Dernière approbation par la chambre des délégués de l’ASA le 15 octobre, 2014. Définitions actuelles (pas de changement) et Exemples (NOUVEAU) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Classification ASA PS Classification | Definition | Exemples, incluent mais sans s’y limiter: |
| ASA I | Une patiente normale en bonne santé | En bonne santé, non-fumeuse, pas ou peu de consommation d’alcool |
| ASA II | Une patiente présentant une maladie systémique légère | Uniquement des maladies légères sans limitations fonctionnelles substantielles. Les exemples incluent (sans s’y limiter): fumeuse à l’état actuel, consommatrice d’alcool, la grossesse, l’obésité (30 < IMC< 40), bien contrôlée maladie pulmonaire bénigne Diabète sucré/HTA (DM/HTN). |
| ASA III | Une patente présentant une grave maladie systémique | Limitations fonctionnelles substantielles; une ou plusieurs maladies modérées à sévères. Des exemples incluent (mais sans s’y limiter): Diabète sucré ou HTA (DM ou HTN), (Maladie Pulmonaire Obstructive Chronique) ? (COPD?) Obésité morbide (IMC ≥40), hépatite active, dépendance à l’alcool ou son abus, stimulateur implanté, réduction modérée de la fraction d’éjection,(Maladie rénale au stade final ) (ERSD) subissant une dialyse régulièrement programmée, enfant prématuré, PCA (Analgésie Contrôlée par le Patient ) < 60 semaines, antécédents (>3 mois) (d’hospitalisation en Médecine Interne ??) d’IM, d’AVC (CVA), Accident Ischémique transitoire ? (TIA), ou Maladie des artères coronaires ou maladie coronarienne (CAD)/angioplastie coronarienne. |
| ASA IV | Une patiente qui présente une maladie systémique grave qui constitue une menace grave pour sa vie | Les exemples incluent (mais sans s’y limiter): récent ( < 3 mois) MI, CVA, TIA, ou une ischémie cardiaque en cours ou un dysfonctionnement grave de la valve, une grave réduction de la fraction d’éjection, sepsis, CIVD(Coagulation Intravasculaire Disséminée) (DIC), Maladie Rénale Aigue (ARD) ou ESRD ne subissant pas une dialyse régulièrement programmée |
| ASA V |  | Les exemples incluent (mais sans s’y limiter): rupture de l’abdomen/anévrisme thoracique, traumatisme grave, saignement intracrânien avec effet de masse, intestine ischémique devant une importante pathologie cardiaque ou de plusieurs organes/dysfonctionnement du système |
| ASA VI | Une patiente déclarée cliniquement morte dont les organes sont en train d’être enlevés pour les besoins de donation |  |

|  |
| --- |
| \* L’addition du” E” désigne une chirurgie d’urgence: (Une urgence est définie comme existante quand un retard dans le traitement de la patiente peut entrainer une augmentation significative de la menace pour la vie de la patiente ou de la partie de son corps qui est traitée)  Ces définitions apparaissent dans chaque édition annuelle [ASA Relative Value Guide](https://ecommerce.asahq.org/p-860-2016-relative-value-guidesupsup-package.aspx). Il n’y a pas d’information supplémentaire qui peut vous aider à définir d’avantage ces catégories-là. |
| Source: <https://www.asahq.org/resources/clinical-information/asa-physical-status-classification-system>. Le tableau a été reformaté depuis la source. |

# Liste de contrôle de sécurité chirurgicale de l’OMS



# Liste de vérification du rapport d’exploitation

Nom de la patiente

Numéro de contact téléphonique

Numéro d’hôpital

Date de la chirurgie

Consentement signé/dans le dossier de la patiente

Chirurgien

Anesthésiste/anesthésiologiste

Assistant chirurgical 1

Assistant chirurgical 2

Type d’anesthésie

Approche chirurgicale

Liste de contrôle de l’OMS finalisée (parties I, II & III)

Fluide(s)

* Prise de fluides IV et de produits sanguins quantifiés
* Sortie d’urine quantifiée et perte de volume de sang et autres liquides corporels documentés

Toutes les procédures énumérées

Péri-opératoires documentés

Examen sous anesthésie décrit, s’il est réalisé

Rapport d’opération finalisé, y compris les procédures qui ont été suivies, la technique chirurgicale utilisée, les sutures utilisées, les drains qui ont été mis en place, les complications

Statut post-op documenté, y compris le niveau de vigilance et l’état des voies respiratoires, tous les drains documentés, dispositions prises depuis la salle de soins post anesthésie jusqu’à la salle de soins intensifs documentées

Rapport de statut Post-op

# Formulaire de rapport d’opération

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom de la patiente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | Numéro de contact téléphonique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| Date de la chirurgie *(jj/mm/aaaa)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | Numéro d’hôpital: \_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| Consentement signé/dans le dossier de la patiente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| Chirurgien: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | Assistant chirurgical 1 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| Anesthésiste/anesthésiologiste: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | Assistant chirurgical 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **Type d’anesthésie:**  Spinale | | AG à la Kétamine/ | | | | | **Approche chirurgicale:** | | | | **Liste de contrôle de l’OMS finalisée:** |
| Epidurale  Spinale convertir en Anesthésie générale(AG) à la Kétamine  Spinale convertir en AG intubé | | autre lourde sédation: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Gaz, type: \_\_\_\_\_\_\_\_  Intubation endotrachéale | | | | | Vaginal  Abdominale  Vaginal/ Abdominale | | | | Partie I  Partie II  Partie III |
| Perte de sang estimée: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ml | | | | IV Fluides dans: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ml | | | | | | | |
| Sortie d’urine intra-op: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ml | | | | Produits sanguins dans: \_\_\_\_\_\_ services I type: \_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| Liste des procédures: | | | | | |  | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | |  | |
| Sentinel Events Evénements sentinelles: | | | | | | | | | | | |
| Pas d’intra-op  En haut de la colonne vertébrale  Aspiration  Arrêt respiratoire | | Arrêt cardiaque  Urètre ou rein  Intestins  Principaux vaisseaux sanguins | | | | | | Hémorragie chirurgicale nécessitant une transfusion intra/post-op  Admission aux soins intensifs  Décès | | | |
| Rapport d’examen sous anesthésie: | | | | | | | | | | | |
| Rapport d’opération: | | | | | | | | | | | |
| Statut post-op: | | | | | | | | | | | |
| Drains urinaires  Taille: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Foley par urètre+  Taille: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Foley/autre tube suprapubique  Taille: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sonde urétrale gauche  Taille: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sonde urétrale droite | | | Alerte, air ambiant de la salle respirable  Alerte, intubé  Aucune alerte | | | | | | Disposition Disposition:  Vers PACU > Ward  Vers PACU/ICU  Autre | | |
| Drain abdominale  Autre drainage: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | Drain labial droite  Drain labial gauche | | |
| Rapport de statut post-op: | | | | | | | | | | | |

# Liste de contrôle du transport de la patiente

Nom de la patiente

Numéro du dossier de la patiente

Numéro d’hôpital

Date de la chirurgie

Diagnostic

Transport de la chambre à la salle d’opération

* L’infirmière de service remet le protocole de suivi au personnel de transport
* Le personnel de transport remet le protocole de suivi à l’infirmière de réception de la salle d’opération
* La réception préopératoire de la patiente par le personnel de transport et le transfert au personnel de la salle d’opération suit le protocole
* Liste de contrôle de sécurité de l’OMS section1 terminée avant l’entrée dans la salle d’opération

Transport de la salle d’opération au service d’anesthésie post-anesthésie ou Unité des Soins post-op (PACU) à la chambre d’hôpital

* Liste de contrôle de sécurité chirurgicale Péri-op de l’OMS section 3 terminée avant le départ de la patiente vers la salle d’opération
* Le transfert de l’infirmière de la salle d’opération à l’infirmière PACU suit le protocole
* Le transfert de l’infirmière PACU au personnel de transport suit le protocole
* Le transport du personnel de ramassage de l’infirmière PACU et le transfert vers l’infirmière de salle suit le protocole
* La réception de la patiente par l’infirmière à l’infirmière du personnel de transport suit le protocole

# Formulaire de transport de la patiente

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom de la patiente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Numéro du dossier de la patiente: \_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Date de la chirurgie *(jj/mm/aaaa)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Diagnostic: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **1. Transport Pré-Op de la chambre d’hôpital à la salle d’opération** | | |
| Infirmière de service – Liste de contrôle de transport avant l’opération: Déplacement de la chambre d’hôpital à la salle d’opération | | |
| Nom de la patiente et numéro d’hospitalisation vérifiés à la chambre d’hôpital | | |
| La patiente déclare qu’elle va être opérée, le motif de l’opération, et qu’elle est consentante, le consentement signé figure dans le dossier médical | | |
| La patiente est transportée et accompagnée d’un dossier médical complet/de tous les résultats des examens de laboratoire et d’imagerie/formulaire de consentement signé | | |
| Rapport de délivrance à l’infirmière de réception de la salle d’opération terminée | | |
| Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Imprimer le nom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Heure: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Personnel de transport – liste de contrôle avant l’opération: Déplacement vers la salle d’opération | | |
| Nom de la patiente et son numéro d’hospitalisation vérifiés dans la chambre d’hôpital | | |
| La patiente déclare qu’elle va subir une opération, le motif, elle est consentante, son consentement signé figure dans le dossier médical | | |
| Patiente transportée avec un dossier médical complet/tous les résultats des tests de laboratoire et d’imageries/formulaire de consentement signé | | |
| La délivrance du rapport à l’infirmière de réception de la salle d’opération est faite | | |
| Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Imprimer le nom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Heure: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Infirmière de zone préopératoire – Liste de contrôle: Déplacement de la zone d’attente préopératoire à la salle d’opération | | |
| Nom de la patiente et son numéro d’hospitalisation vérifiés à l’arrivée | | |
| La patiente déclare qu’elle va subir une opération chirurgicale, le motif, elle est consentante, son consentement signé figure dans le dossier médical  La délivrance du rapport de transport est faite  Patiente reçue avec un dossier médical complet/tous les résultats des tests de laboratoire et d’imagerie/formulaire de consentement signé  Le personnel d’anesthésie et ergothérapeute informé de l’arrivée de la patiente à la zone pre-op  Produits sanguins disponibles au besoin  Partie I de la liste de contrôle de sécurité chirurgicale de l’OMS terminée avant l’entrée dans la salle d’opération | | |
| Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Imprimer le nom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Heure: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2. Transport Post-Op de la salle d’opération à la chambre d’hôpital** | |  |
| Infirmière de la salle d’opération (OT) – Liste de contrôle de sécurité après l’opération chirurgicale: Déplacement de la salle d’opération à l’unité des soins post-op (PACU) | | |
| Nom de la patiente et numéro d’hospitalisation vérifiés dans la salle d’opération | | |
| Partie III de la liste de contrôle de sécurité de l’OMS terminée –état de la patiente assez stable pour quitter la salle d’opération | | |
| Patiente transportée avec un dossier médical complet & des ordonnances post-op établies | | |
| Rapport de délivrance à l’infirmière de réception terminé | | |
| Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Imprimer le nom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Heure: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Personnel de transport –liste de contrôle après l’opération: Déplacement de l’unité des soins post-op (Post Anesthesic Care Unit ou Post Opérative Care Unit) à la chambre d’hospitalisation | | |
| Nom de la patiente et son numéro d’hospitalisation vérifiés avant de quitter l’unité des soins post-op (PACU) | | |
| Hand Délivrance du rapport de l’unité des soins post-op (PACU) terminé | | |
| Patiente transportée avec un dossier médical complet, lignes intraveineuses et drains sécurisés | | |
| Délivrance du rapport à l’infirmière de réception terminée | | |
| Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Imprimer le nom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Heure: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Infirmière de service – Liste de contrôle après l’opération: Déplacement de l’unité des soins post-op (PACU) à la chambre d’hospitalisation | | |
| Nom de la patiente et numéro d’hospitalisation vérifiés, à l’arrivée | | |
| Evaluation des signes vitaux et de la douleur effectuée à l’arrivée  Délivrance du rapport du personnel de transport effectuée  Patiente reçue avec un dossier médical complet et des ordonnances post-op  Drains de la patiente sécurisés, perméabilité de la sonde assure, es fluides IV sont en marche, le problème de la douleur a été gérée avec succès  Le chirurgien a été immédiatement informé d’instabilités à l’arrivée  Appel du chirurgien identifié, information du contact sécurisée  Médications post-op assurées | | |
| Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Imprimer le nom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Heure: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

# Liste de contrôle de soins quotidiens post-op

Nom de la patiente

Numéro du dossier de la patiente

Date

Jour post-op documenté

Examen quotidien des symptômes pour

* + La douleur
  + L’incontinence
  + Flatuosité/mouvements intestinaux
  + Nausée/Vomissement
  + Appétit
  + Activité/ambulation
  + Sensations fébriles
  + Maux de tête
  + Qualité du sommeil
  + Saignement
  + Constipation
  + Miction (Urination)
  + Santé mentale

Signes vitaux

* + Température max 24-heures
  + Température actuelle
  + Pulsation
  + Mouvements Respiratoires
  + Tension artérielle
  + L’oxymétrie de pulsions (disponible et indiquée)

Calcul des sorties d’admission

* + Fluides intraveineux
  + Estimation des fluides oraux
  + Sortie d’urine
  + Sang/fluides par drainage abdominal ou labial

Perméabilité et sécurité de la sonde

Qualité de l’urine

Etat de tous les drains non urinaires

Emballage vaginal

Revue des médicaments

Examen

* + Apparence générale évaluation du degré de la douleur
  + Etat de l’incision(s)
  + Signes d’anémie
  + Signes d’obstruction urétérale
  + Signes d’obstruction intestinale
  + Signes de récidive de la fistule
  + Signes de saignement actif ou hématome stable
  + Signes d’atélectasie ou de pneumonie
  + Signes d’insuffisance cardiaque, d’autres décompensations cardiaques
  + Saignement vaginal, pack in situ, purulence vaginale, incontinence vaginale
  + Etat des membres inférieurs

Evaluation sommaire du jour Post-op

# Formulaire de soins quotidiens Post-op

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom de la patiente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | Numéro du dossier de la patiente: \_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| Jour post-op #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | Date *(jj/mm/aaaa)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **Examen quotidien des symptômes de la patiente** | | | | | | | | | | | |
| Localisation de la douleur: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | https://localtvkstu.files.wordpress.com/2015/02/image1.gif | | | | | |
| Combien ça fait mal? (1-10): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| Incontinent: | | | Oui | | Non |
| Urine | | Selles |
| Flatus ou selles passés? | | | Oui | | Non |
| Nausée ou vomissements? | | | Oui | | Non | Autres symptoms: | | | | | |
| Affamée? | | | Oui | | Non |  | | | | | |
| Hors du lit? | | | Oui | | Non |  | | | | | |
| Fièvre? | | | Oui | | Non |  | | | | | |
| Mal de tête? | | | Oui | | Non |  | | | | | |
| **Résultats de l’examen** | | | | | | | | | | | |
| *Signes vitaux* | | | | | | | | | | | |
| Température max/ 24 heures: | | Dernière temperature: | | | Pulsation: | | Respirations: | | TA (BP): | Pulsions-Ox: | |
|  | |  | | |  | |  | |  |  | |
| Fluides intraveineux: | | Type: | | | Volume IV en 24 heures: | | | | Fluides oraux? | | |
|  | |  | | |  | | | | Oui | Non | |
| *Urine* | | | | | | | | | | | |
| Température max / en24 h: | | Sonde(s) brevetée et sécurisée : | | | Sac ou poche de collection de sortie d’urine de la vessie en 24 heures : | | | Sortie de l’uretère droit en 24 heures: | Hématurie claire ou somber: | | Concentrée ou diluée : |
| Oui | Non |  | | |  | | |  |  | |  |
| *Autres Drains* | | | | | | | | | | | |
| Volume de drain abdominal en 24 heures: | | | | Volume de drain labial en 24 heures: | | | | | Autres drain (s) en 24 heures: | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Médicaments* | | | | | | | | | | |
| Analgésiques: | | Assouplissant des selles: | | | | | | Antibiotique: | | |
| Œstrogène vaginal: | | Antispasmodiques: | | | | | | Vitamines C: | | |
| Autre: | | Méthode de planning familial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  A démarré  Continue | | | | | | | | |
| **Examen post-opératoire** | | | | | | | | | | |
| Apparence générale: | | | Signes d’anémie: | | | Déshydratée: | | | | |
|  | | |  | | | Oui | | Non | | |
| Tête et cou: | Skin: La peau: | | Lungs: Poumons: | Cœur: | | Point de côté : | | | | |
|  |  | |  |  | | Droit: | Oui | | | Non |
|  |  | |  |  | | Gauche: | Oui | | | Non |
| Vulve:  Anatomy – Anatomie  Normale  Anormale, décrire :  Continente  Hémorragie active  Fuite de la sonde de connexion (incontinence artificielle)  Incontinence –  Urinaire par urètre  Urinaire par vagin  Ses selles par anus  Des selles par vagin | | | Emballage vaginal:  Présent  Enlevé  Enlevé avant la veille  Examen vaginal:  Différé  Effectué/résultats | | | Abdomen:  Tendre  Distendu | | | Sûr–  Oui  Non | |
| Rebond –  Oui  Non | | | Bruits ou sons intestinaux –  Oui  Non | |
| Hépatosplénomégalie – | | | | |
| Méat urétral:  Normales  Anormale, décrire: | | | Oui  Non  Incision abdominale: | | | | |
| Extrémités:  Normales  Œdème droit  Œdème gauche | | Côté droit  Côté gauche |  | | | | |
| Plan (y compris la méthode de planning familial, si discutée): | | | | | | | | | | |

# Liste de vérification récapitulative de la sortie (décharge)

Nom de la patiente

Numéro de contact téléphonique

Numéro d’hôpital

Numéro du dossier de la patiente

Suivi de la patiente, finalisé

Date d’hospitalisation

Date de la chirurgie

Date de la sortie (décharge)/Durée total du séjour (Total LOS)

Nombre total de jours de sondage vésical

Résumé de l’hospitalisation

* + Indication(s)d’hospitalisation
  + Chirurgie(s) et dates
  + Evénements sentinelles
  + Rapport général sur le temps de l’hospitalisation

Liste des médicaments à la sortie

Liste des activités à la maison à la sortie

* + Hygiène
  + Activités et travail
  + Alimentation
  + Activité sexuelle

Méthode de planning familial évaluée et traitée parmi les patientes admissibles

Chirurgie mise en place ou les soins non- chirurgicaux indiqués (décrire)

* + Gestion non chirurgicale
  + Gestion chirurgicale

Date de retour pour l’évaluation du suivi

Transport sécurisé pour l’évaluation du suivi

Méthode de contact entre patiente et personnel pour des questions urgentes et à distance

# Formulaire récapitulatif de la sortie (décharge)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom de la patiente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Numéro d’hôpital: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Numéro de contact téléphonique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Numéro du dossier de la patiente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Suivi de la patiente, finalisé | Oui | Non | |  |
| Date d’hospitalisation *(jj/mm/aaaa)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Date de la chirurgie *(jj/mm/aaaa)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Date de la sortie (décharge)/Durée total du séjour (Total LOS): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Nombre total de jours de sondage vésical:  : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Résumé de l’hospitalisation** | | | | |
| Indication(s) d’hospitalisation: | | | | |
|  | | | | |
| Chirurgie(s) et dates: | | | | |
|  | | | | |
| Evénements sentinelles: | | | | |
|  | | | | |
| Rapport général sur le temps de l’hospitalisation | | | | |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Liste des Médicaments à la Sortie** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Médication | | | Voie d’administration ou Route | | | | Dose | | | | | | Fréquence | | | | Nombre de jours |
|  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| **Activités domestiques recommandées à la sortie** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bain –  Douche ok  Baignoire ok | | Lavage périnéal  La formation aux soins de cathéter effectuée | | | | Travaux ménagers  Travail champêtre  Travail au marché  Travail au bureau | | | | | | | | Rien à signaler pour le vagin en attendant le retour à la clinique  Relations sexuelles autorisées | | | | |
| Consommation journalière d’eau: | | | | | | | | Vitamines et suppléments minéraux : | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Méthode de planning familial évaluée** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Non-éligible pour le PF  Différée | | | | Eligible pour le PF –  Counseiling effectué  Counseiling non effectué | | | | | | | | | | | | | | |
| Aucune  Rythme  Retrait  Préservatifs masculins  Préservatifs feminins  Spermicides | | | | Diaphragme  Cape cervicale  Pilules orales  Depo-Provera  Implant | | | | | | | DIU  Vasectomie  Ligature des trompes  Abstinence  Autre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  | | |
| Traité avec les patients éligibles: | | | | | Oui | | | | Non | | | | | | | | | |
| **Chirurgie Mise en Place L’absence de Soins Chirurgicaux Indiqués:(Décrire):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gestion non chirurgicale | | | | | | | | | | Gestion chirurgicale | | | | | | | | |
| Fistule | | | Fibrose vaginale/sténose | | | | | | | Fistule | | | | | Fibrose vaginale/sténose | | | |
| POP | | | Autre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | POP | | | | | Autre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Incontinence | | |  | | | | | | | Incontinence | | | | |  | | | |
| Date de retour pour l’évaluation du suivi *(jj/mm/aaaa)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Transport sécurisé pour le suivi: | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| Oui | Non | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| Méthode de contact entre patiente et personnel pour des questions urgentes à distance | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Téléphone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | Autre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |