

ANNEXE 5.a : Exemple de feuille de SSPI

RÉVEIL												AMBULATOIRE																	
Date : _____ IDE : _____						Date : _____ IDE : _____																							
PRESCRIPTION												PRESCRIPTION																	
Score ALDRETE Toutes les 15 minutes : la première heure						Toutes les 30 minutes : les heures suivantes						Score de « SORTIE DOMICILE »						Toutes les 15 minutes : la première heure						Toutes les 30 minutes : les heures suivantes					
PRESCRIPTIONS AU RÉVEIL												PRESCRIPTIONS AMBULATOIRES																	
SCORE D'ALDRETE dès que >9 : sortie réveil possible												SCORE DE « SORTIE DOMICILE » >9 : sortie possible																	
PARAMETRES	HEURES																												
	Niveau Activité																												
	Fréquence respiratoire																												
	TA																												
	Fréquence cardiaque																												
	SP02																												
	Nausées / Vomissements																												
	Douleur/EVA																												
	Saignement																												
	Diurèse																												
SCORE D'ALDRETE												SCORE DE « SORTIE DOMICILE »																	
INCIDENTS												INCIDENTS																	
Signatures médecins D'..... D'.....												Signatures médecins D'..... D'.....																	

ANNEXE 6.a : Exemple de feuille de prescription postinterventionnelle

PRESCRIPTIONS POST-OPÉRATOIRE	
Du _____ au _____	Etiquette
D' :	
INTERVENTION	
THERAPEUTIQUE	
Perfusions _____ _____ _____ _____	Antibiotiques _____ _____
Antalgiques _____ _____ _____ _____	Médicaments _____ _____ _____ _____
Anticoagulants _____ _____ _____	Examens complémentaires : <input type="checkbox"/> NFS <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> TCA <input type="checkbox"/> IONO <input type="checkbox"/> Urée <input type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> Glycémie <input type="checkbox"/> Protides Réserve Alca <input type="checkbox"/> Gaz du sang <input type="checkbox"/> Calcémie <input type="checkbox"/> Phosphorémie <input type="checkbox"/> Magnésémie <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Radio pulmonaire <input type="checkbox"/>
	Consultations à prévoir _____ _____
	Prescriptions CV _____ _____

ANNEXE 6.b : Exemple de feuille de prescription postinterventionnelle (page 1)

Serv. de Chirurgie Thoracique
Pr. P. Fuentes

	Nom	Intervention:	Date:	
V				
vvp1 NC				Produits transfusionnés Date: _____ Bilan sérologique pré-transfusion à faire déjà fait
vvp2 En Y				
	% $\frac{EDO}{1000}$	% $\frac{EDO}{1000}$	% $\frac{EDO}{1000}$	% $\frac{EDO}{1000}$

						h
						h
						h

APD (SE):

	1	2	3	4
Date:				
Vit. (ml/h)				

ACP (Pompe):

Produit: _____

Titration en SSPI: EVA<3 3xEVA<5 EVA>5

Bolus → PCA mg mg

Période d'interruption: → 10 min Salle d'hospitalisation min

Bolus: _____

Anticoagulation/Prophylaxie antithrombotique

SC IV

Voie Orale:

Prescriptions urgentes:

Modifications:

Date: _____

Médecin prescripteur

Ce document portant la signature du prescripteur, a valeur d'ordonnance
© Nov 98 Médecin prescripteur

ANNEXE 6.b : Exemple de feuille de prescription postinterventionnelle (page 2)

Date: / /

DRAINS THORACIQUES			OXYGENOTHERAPIE		
	DROIT	GAUCHE		Continue	Discontinue
Siphonnage Aspiration					
			AEROSOLS	Date	
				Nasale.....	
				Masque HC.....	
				Trachéo.....	
				I/mn	
Humidificateur				Nébulisateur Ultrasonique	

SONDE GASTRIQUE * Ecoulement libre - Siphonnage - Aspiration.....cm eau.
* Poser - Clamper - Retirer.

ALIMENTATION	A jeûn	Eau seulement	1ère Diét.	Normal	
Date					Diabétique Pateux Sans sel Supplémentation calorique
Date					
Date					

JEJUNOSTOMIE Date

Produit Quantité/24 h autres			

SONDE URINAIRE Poser - S. évacuateur - à demeure - Réduquer - Retirer **CYSTOCATHETER**

SURVEILLANCE	FC-TA	FR	Conscience	EVA	SpO2	T°	Diurèse	PVC	HGT
SSPI	min	min	min	min	min	min	h	h	h
HOSPITALISATION	h	h	h	h	h	h	h	h	h

EXAMENS

	Nb	K	Prot	Ca	Cré	Azo	BI	GG	GR	Trop	CPK	Cré	GR	GB	Hb	Ht	Form	Pla	Fib	TP	TCK	
SSPI																						
si drains >																						
Date																						
Date																						

	Thorax	Gazo	ECG	CBC	Hémoc	CBU	Urines	Autres
SSPI								
Date								
Date								
Date								

PROTOCOLES: APD PCA Autre.....

Autres examens:

ANNEXE 6.c : Exemple de feuille de prescription postinterventionnelle informatisée
(à partir d'une bibliothèque de modèles créés par les prescripteurs)

FEUILLE DE PRESCRIPTIONS AVEC SERINGUE ELECTRIQUE

Date 9/11/2001

Anesthésiste : Dr xxxxxxxxxxxxxxxx

AG Rachianesthésie Sédation Sédation+AL Locorégionale

PATIENT :
(ou coller étiquette)

INTERVENTION : PTG D

1°) EN SALLE DE REVEIL :

SOINS : O2 : 3 l/mn

2g Prodaf 5 mg Viscéralgine : miniflac Fait en per-op
 100mg Profenid 50 mg Azantac: miniflac Fait en per-op
 Titration IV en SSPI :
 Morphine Temgesic

SURVEILLANCES : Pouls, TA, Respiration, Conscience, EVA, EVS

BLOC
 FAIT A FAIRE SANS OBJET SI BESOIN
(Préparer ml de %)

AUTRE :

2°) AU SERVICE

PERFUSIONS : BIONOLYTE 5% (1000 ml +.....Primperan) X/24h

SERINGUE ELECTRIQUE en Y :

(100 mg Profenid + 10 mg Morphine)/50 cc Physio :ml/h

RELAIS DES ANTALGIQUES :

Codoliprane systématique/6h (demain)
 Diantalvic /8h si besoin
 Voltarene LP 1/j
 Temgesic sublingual si besoin : 1 à 2 glossette(s)/8h
 Morphine 1/2 amp SC/6h en complément si besoin

REPRISE DU TRAITEMENT HABITUEL COMPLET à partir de ce soir

LOVENOX :

DIVERS :

SIGNATURE :

ANNEXE 7.a : Exemple de compte-rendu anesthésique

BILAN ALLERGOLOGIQUE REALISE

TRANSFUSIONS EFFECTUEES

CARTE D'ANESTHÉSIE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

PHOTO

Vous devez conserver cette CARTE D'ANESTHÉSIE sur vous avec vos papiers d'identité, et la présenter lors de toute anesthésie ultérieure.

Département d'Anesthésie
CLINIQUE



ANESTHÉSIES PRATIQUÉES

Date	Type D'anesthésie	Produits utilisés	Observations	Nom de l'anesthésiste Adresse et téléphone
1 ^{er}				
2 ^e				
3 ^e				
4 ^e				
5 ^e				

ANNEXE 7.b : Exemple de compte-rendu anesthésique

CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE		
Pr. DEPARTEMENT D'ANESTHESIE-REANIMATION		PR SERVICE DE CHIRURGIE THORACIQUE

Docteur

Praticien Hospitalier Anesthésie - Réanimation

N° d'Ordre :

_____ @mail

06 82

Le

Je soussigné Dr _____, certifie l'authenticité des faits suivants survenus chez _____.

La consultation d'anesthésie pratiquée le _____ par le Dr _____, mentionnait :

Mallampati _____,

Ouverture de bouche _____ mm,

Distance thyro-mentonnaire _____ cm,

Autres: « _____, »

Conclusion: « _____, »

Lors de l'anesthésie générale nécessaire à l'intervention du _____, il a été constaté une difficulté d'intubation oro-trachéale :

Solution utilisée:

Commentaires:

Certificat établi pour faire valoir ce que de droit.

A présenter au médecin anesthésiste avant toute anesthésie.

ANNEXE 7.c : Exemple de compte-rendu anesthésique

COMPTE RENDU D'ANESTHESIE

Concernant né(e) le

CONSULTATION D'ANESTHESIE : le , Docteur

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Antécédents anesthésiques :

Allergies :

Examen clinique :

Traitement en cours :

Examens biologiques :

CONCLUSION DE LA CONSULTATION D'ANESTHESIE :

+==+==+==+==+

Prémédication 1 heure avant l'intervention :

Anesthésie proposée :

Type et date de l'intervention :

Anesthésiste :

Opérateur :

DEROULEMENT DE L'ACTE ANESTHESIQUE :

SURVEILLANCE POST-INTERVENTIONNELLE EN SALLE DE REVEIL :

SERVICE D'HOSPITALISATION :

INCIDENTS - ACCIDENTS – COMPLICATIONS :

CONCLUSION :

Signature

ANNEXE 7.d : Exemple de compte-rendu anesthésique

ANESTHESIE AMBULATOIRE

Cher(ère) Confrère,

Votre patient(e) M

a bénéficié de en ambulatoire.

Sous anesthésie générale, produits utilisés :

.....

Sous anesthésie loco-régionale, techniques et produits utilisés :

.....

**En postopératoire immédiat,
le traitement a été le suivant :**

Il(Elle) a quitté l'hôpital à h,

après avoir répondu aux critères de sortie.

Cependant, sa sortie est soumise aux consignes de sécurité qui lui ont été remises.

En cas de problème, vous pouvez nous contacter au numéro de téléphone suivant :

N°

Traitement de sortie :

Docteur

Date