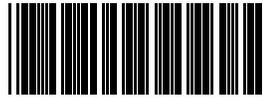


**OBSERVATIONS
DE L'INFIRMIÈRE
SALLE D'OPÉRATION**



DT9125

Date	Année	Mois	Jour	Salle n°
Nom de l'anesthésiste (1)				
Nom de l'anesthésiste (2)				
Nom de l'inhalothérapeute				
<input type="checkbox"/> Propre	<input type="checkbox"/> Propre contaminé	<input type="checkbox"/> Contaminé	<input type="checkbox"/> Infecté	

Heure du début de l'anesthésie	Anesthésie :	<input type="checkbox"/> Générale	<input type="checkbox"/> Épidurale	<input type="checkbox"/> Régionale	<input type="checkbox"/> Autre
Heure de la fin de l'anesthésie		<input type="checkbox"/> Locale	_____ (agent)		

OCCUPATION DE LA SALLE			
Entrée			Sortie
	Chirurgien	Heure d'opération	
		Début	Fin
1			
2			
3			
	Aide-chirurgien		
1			
2			
3			

SERVICE INTERNE		
Heure d'arrivée	Nom	Heure de départ

SERVICE EXTERNE		
Heure d'arrivée	Nom	Heure de départ

DÉCOMPTE			
Compresses	<input type="checkbox"/> Exact	<input type="checkbox"/> Inexact	<input type="checkbox"/> Non fait
Aiguilles	<input type="checkbox"/> Exact	<input type="checkbox"/> Inexact	<input type="checkbox"/> Non fait
Instruments	<input type="checkbox"/> Exact	<input type="checkbox"/> Inexact	<input type="checkbox"/> Non fait
Si inexact :	<input type="checkbox"/> Chirurgien avisé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Décompte initial	<input type="checkbox"/> Interne	<input type="checkbox"/> Externe	
Décompte final	<input type="checkbox"/> Interne	<input type="checkbox"/> Externe	

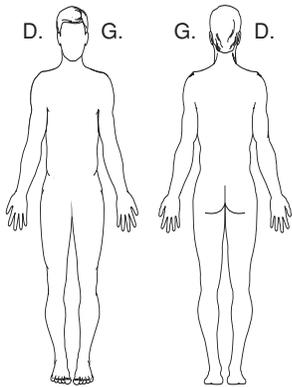
POSITIONNEMENT										
1. Position										
« Trendelenburg inversé »	« Trendelenburg »	Genu Pectorale	Dorsale	Ventrale	Ventrale bassin soulevé	Chien de fusil G ou D	Lithotomie	Semi-assise	Latérale G ou D	Lombotomie G ou D
Membre supérieur : <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G sur planchette capitonnée					Tête : <input type="checkbox"/> En extension En position latérale : <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G					
Membre supérieur : <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G fixé le long du corps										
2. Protection capitonnée appliquée										
<input type="checkbox"/> Tête			Membre supérieur : <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G			Membre inférieur : <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G			Épaule : <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	
Fesse : <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G		Pied : <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G		Autres : _____						
3. Support mécanique										
<input type="checkbox"/> Sac de sable		<input type="checkbox"/> Oreiller		<input type="checkbox"/> Alèze en billot		<input type="checkbox"/> Pansement ouaté		<input type="checkbox"/> Matelas spécial		<input type="checkbox"/> Arceau
<input type="checkbox"/> Tête		<input type="checkbox"/> Membre supérieur		<input type="checkbox"/> Fesses		<input type="checkbox"/> Poplité		<input type="checkbox"/> Pied		Autres : _____

PLAQUE CONDUCTRICE (Apparence de la peau au site)	
Préopératoire : <input type="checkbox"/> Normale	Autres : _____
Postopératoire : <input type="checkbox"/> Normale	Autres : _____

PRÉPARATION DU SITE OPÉRATOIRE SELON TECHNIQUE	
Région	Antiseptique
<input type="checkbox"/> Rasage	<input type="checkbox"/> Brossage

LE CAS ÉCHÉANT, DESSINER LES SYMBOLES SUR LE MODÈLE

	Oui	Non	Mis en place :	Enlevé par :	Devant	Dos					
1. Courroie de sécurité ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____							
2. Plaque conductrice *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	D. G.	G. D.					
3. Électrodes E.C.G. ●	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____							
4. Appareil T.A. ▬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____							
5. Tourniquet ■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____							
6. Intraveineuse ✓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____							
7. Couverture thermique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	T° _____					
8. Thermomètre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	T° _____					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oesophagien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Axillaire	<input type="checkbox"/>	Tympanique
9. Saturomètre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non						
10. Insufflation de CO ₂ :			Pression intra-abdominale _____	Quantité administrée _____							



DRAINAGE

Sonde : Vésicale Autre : _____ En place à l'arrivée Installée S.O.

Type _____ Calibre _____ Ballonnet _____ ml Cathétérisme : Heure _____ Quantité _____

Drain : Type _____ Site _____ Quantité _____ Fixe Libre

Type _____ Site _____ Quantité _____ Fixe Libre

Mèche : Type _____ Site _____

NATURE ET DESTINATION DES SPÉCIMENS

Pathologie : Oui Non Congélation : Oui Non Labo. : Hémato. Viro. Biochimie

Nature : _____ Bactério. Autres

DOSAGE URINAIRE

Heure	Préopér.	Peropér.	Postopér.	Heure	Préopér.	Peropér.	Postopér.	Heure	Préopér.	Peropér.	Postopér.

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS	Heure	Médicaments	Initiales

DÉPART

Transfert autorisé par : _____

Heure _____ Salle de réveil Unité Autre

« Surgi-lift » Lit civière Civière Lit Intubé Extubé Ambu

Guédelle O₂ Succion portative : Oui Non

Accompagné ¹ _____ ² _____

IMPLANT OU PROTHÈSE

SERVICE INTERNE

Signature de l'infirmière _____

DATE

Année Mois Jour

SERVICE EXTERNE

Signature de l'infirmière _____

DATE

Année Mois Jour