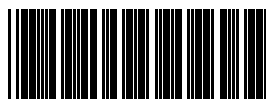


OBSERVATIONS DE L'INFIRMIÈRE SALLE D'OPÉRATION



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

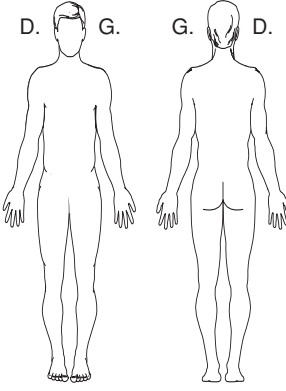
DÉCOMPTE							
Compresses	<input type="checkbox"/> Exact	<input type="checkbox"/> Inexact	<input type="checkbox"/> Non fait	Si inexact :	<input type="checkbox"/> Chirurgien avisé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Aiguilles	<input type="checkbox"/> Exact	<input type="checkbox"/>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