

Fiche de liaison chirurgicale (1)

Étiquette patient



RENSEIGNEMENTS relatifs à l'acte chirurgical

Chirurgien référent : Hôpital :
Tél : Mail :

Acte(s) chirurgical(aux), *joindre impérativement le CRO et CRH* :

Localisation (s) :

Date de l'intervention :

Date d'entrée : Date de sortie :

Prochain rendez-vous : Type de RX à programmer :

Protocoles (*consignes et soins*) joints : oui non

Complications notables (*per et post-opératoires*) :

CONSIGNES post opératoires

Positions interdites ou restrictions éventuelles :

Orthèses, corset ou attelles :

Marche autorisée non
 oui : sans appui avec appui partiel à.....kg appui complet
aides de marche :

Plâtre pelvi -pédieux : rotation dans le lit autorisée non oui

si bi valvé : bain possible non oui

Soins d'hygiène : bain douche crème

ASPECT de la plaie

Date du dernier pst :

Propre Inflammatoire Infecté

Hématome Désunion Écoulement

Allergie :

Nécrose ou fibrine : détersion mécanique autorisée non oui :

Fiche de liaison chirurgicale (2)

PROTOCOLES de Soins

Fils :

Résorbables Si retrait, date : Tous 1 sur 2

Nettoyage :

sérum physiologique protocole Bétadine protocole Hibitane
 Autre :

Méthode ou type de pansement:

Irrigation :
 Méchage :
 Autre :

Fréquence de réfection :

Anticoagulants : non oui : **voir la prescription médicale**

ANTALGIE : voir la prescription médicale

Évaluation de la douleur et traitement pendant le soin : se reporter à la **Fiche Douleur du classeur Rifhop** de l'enfant rangée sous l'onglet «Transmissions»

RÉÉDUCATION

Masseur kinésithérapeute référent dans le service d'origine (nom et prénom) :

.....

Téléphone (et horaires éventuels) :Mail :

Synthèse de bilans diagnostics MK :

Projet rééducatif et échéancier :