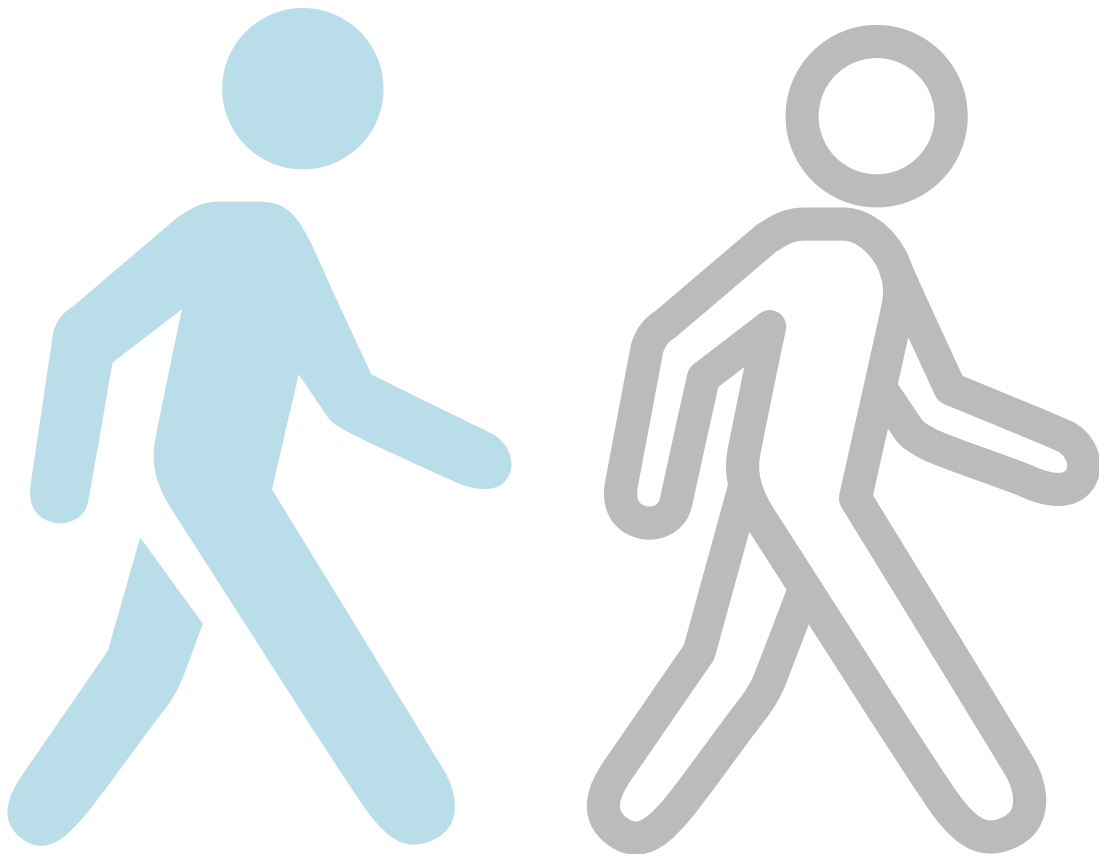


# MON JOURNAL DE BORD

**La réhabilitation améliorée après chirurgie digestive**



**Service de Chirurgie Digestive**

Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil

Nom : ..... Prénom : ..... DN : .....

## Avant l'opération

- J'ai reçu la fiche d'information :  oui  non
- J'ai compris la finalité des soins que j'aurai :  oui  non
- J'ai eu besoin de renseignements oraux complémentaires :  oui  non
- J'ai bien acheté les bas de contention :  oui  non
- J'ai bien pris mes compléments alimentaires oralimpact le cas échéant  oui  non
- Le cas échéant, j'ai respecté les recommandations d'arrêter de fumer au moins 3 semaines avant l'intervention :  oui  non
- Le cas échéant, j'ai suivi la prescription de préparation physique avant mon intervention chirurgicale :  oui  non
- J'ai pu boire la totalité du liquide sucré qu'on m'a proposé :  oui  non
  - o Si non, je n'en ai bu qu'une partie :
  - o Je n'ai pas pu le boire :

## Le jour de l'intervention *(après mon retour du bloc opératoire)*

- J'ai bu :  assez (1/2 litre)  peu  pas du tout
- J'ai mangé :  bien (tout ce qu'on m'a donné)  peu  pas du tout
- J'ai eu des nausées :  oui  non
- Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de nausées est de : .....
- J'ai vomi :  oui  non
- Je me suis assis :  entre 1/2 h à 1h  + de 2h
- Je me suis mis debout :  entre 1/2 h à 1h  + de 2h
- Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de douleur en mouvement est de :

# Le 1er jour après l'opération

- J'ai bu :  assez (1/2 litre)  peu  pas du tout
- J'ai mangé :  bien (tout ce qu'on m'a donné)  peu  pas du tout
- Projet quotidien = 3 repas (cocher la case)  1  2  3
- J'ai eu des nausées :  oui  non
- Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de nausées est de : .....
- J'ai vomi :  oui  non

## Projet quotidien = au moins 6 h en dehors du lit et des repas à table

- Je me suis mis debout :  moins de 3h  entre 3h à 6h  + de 6h
- J'ai marché :  moins de 30 min  plus de 30 min  + de 1h
- Sinon, je me suis assis en dehors du lit :  moins de 6h  + de 6h
- Sinon, je n'ai pas quitté le lit :  oui  non
- Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de douleur en mouvement est de : .....

## Reprise du transit intestinal

- J'ai eu des gaz :  oui  non
- J'ai eu des selles :  oui  non

# Le 2ème jour après l'opération

- J'ai bu :  assez (1/2 litre)  peu  pas du tout
- J'ai mangé :  bien (tout ce qu'on m'a donné)  peu  pas du tout
- Projet quotidien = 3 repas (cocher la case)  1  2  3
- J'ai eu des nausées :  oui  non
- Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de nausées est de : .....
- J'ai vomi :  oui  non

## Projet quotidien = au moins 6 h en dehors du lit et des repas à table

- Je me suis mis debout :  moins de 3h  entre 3h à 6h  + de 6h
- J'ai marché :  moins de 30 min  plus de 30 min  + de 1h
- Sinon, je me suis assis en dehors du lit :  moins de 6h  + de 6h
- Sinon, je n'ai pas quitté le lit :  oui  non
- Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de douleur en mouvement est de : .....

## Reprise du transit intestinal

- J'ai eu des gaz :  oui  non
- J'ai eu des selles :  oui  non

# Le 3ème jour après l'opération

- J'ai bu :  assez (1/2 litre)  peu  pas du tout
- J'ai mangé :  bien (tout ce qu'on m'a donné)  peu  pas du tout
- Projet quotidien = 3 repas (cocher la case)  1  2  3
- J'ai eu des nausées :  oui  non
- Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de nausées est de : .....
- J'ai vomi :  oui  non

## Projet quotidien = au moins 6 h en dehors du lit et des repas à table

- Je me suis mis debout :  moins de 3h  entre 3h à 6h  + de 6h
- J'ai marché :  moins de 30 min  plus de 30 min  + de 1h
- Sinon, je me suis assis en dehors du lit :  moins de 6h  + de 6h
- Sinon, je n'ai pas quitté le lit :  oui  non
- Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de douleur en mouvement est de : .....

## Reprise du transit intestinal

- J'ai eu des gaz :  oui  non
- J'ai eu des selles :  oui  non

# Le 4ème jour après l'opération

- J'ai bu :  assez (1/2 litre)  peu  pas du tout
- J'ai mangé :  bien (tout ce qu'on m'a donné)  peu  pas du tout
- Projet quotidien = 3 repas (cocher la case)  1  2  3
- J'ai eu des nausées :  oui  non
- Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de nausées est de : .....
- J'ai vomi :  oui  non

## Projet quotidien = au moins 6 h en dehors du lit et des repas à table

- Je me suis mis debout :  moins de 3h  entre 3h à 6h  + de 6h
- J'ai marché :  moins de 30 min  plus de 30 min  + de 1h
- Sinon, je me suis assis en dehors du lit :  moins de 6h  + de 6h
- Sinon, je n'ai pas quitté le lit :  oui  non
- Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de douleur en mouvement est de : .....

## Reprise du transit intestinal

- J'ai eu des gaz :  oui  non
- J'ai eu des selles :  oui  non

# Le 5ème jour après l'opération

- J'ai bu :  assez (1/2 litre)  peu  pas du tout
- J'ai mangé :  bien (tout ce qu'on m'a donné)  peu  pas du tout
- Projet quotidien = 3 repas (cocher la case)  1  2  3
- J'ai eu des nausées :  oui  non
- Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de nausées est de : .....
- J'ai vomi :  oui  non

## Projet quotidien = au moins 6 h en dehors du lit et des repas à table

- Je me suis mis debout :  moins de 3h  entre 3h à 6h  + de 6h
- J'ai marché :  moins de 30 min  plus de 30 min  + de 1h
- Sinon, je me suis assis en dehors du lit :  moins de 6h  + de 6h
- Sinon, je n'ai pas quitté le lit :  oui  non
- Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de douleur en mouvement est de : .....

## Reprise du transit intestinal

- J'ai eu des gaz :  oui  non
- J'ai eu des selles :  oui  non

# Le 6ème jour après l'opération

- J'ai bu :  assez (1/2 litre)  peu  pas du tout
- J'ai mangé :  bien (tout ce qu'on m'a donné)  peu  pas du tout
- Projet quotidien = 3 repas (cocher la case)  1  2  3
- J'ai eu des nausées :  oui  non
- Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de nausées est de : .....
- J'ai vomi :  oui  non

## Projet quotidien = au moins 6 h en dehors du lit et des repas à table

- Je me suis mis debout :  moins de 3h  entre 3h à 6h  + de 6h
- J'ai marché :  moins de 30 min  plus de 30 min  + de 1h
- Sinon, je me suis assis en dehors du lit :  moins de 6h  + de 6h
- Sinon, je n'ai pas quitté le lit :  oui  non
- Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de douleur en mouvement est de : .....

## Reprise du transit intestinal

- J'ai eu des gaz :  oui  non
- J'ai eu des selles :  oui  non



# Le 7ème jour après l'opération

- J'ai bu :  assez (1/2 litre)  peu  pas du tout
- J'ai mangé :  bien (tout ce qu'on m'a donné)  peu  pas du tout
- Projet quotidien = 3 repas (cocher la case)  1  2  3
- J'ai eu des nausées :  oui  non
- Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de nausées est de : .....
- J'ai vomi :  oui  non

## Projet quotidien = au moins 6 h en dehors du lit et des repas à table

- Je me suis mis debout :  moins de 3h  entre 3h à 6h  + de 6h
- J'ai marché :  moins de 30 min  plus de 30 min  + de 1h
- Sinon, je me suis assis en dehors du lit :  moins de 6h  + de 6h
- Sinon, je n'ai pas quitté le lit :  oui  non
- Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de douleur en mouvement est de : .....

## Reprise du transit intestinal

- J'ai eu des gaz :  oui  non
- J'ai eu des selles :  oui  non

# Le 8ème jour après l'opération

- J'ai bu :  assez (1/2 litre)  peu  pas du tout
- J'ai mangé :  bien (tout ce qu'on m'a donné)  peu  pas du tout
- Projet quotidien = 3 repas (cocher la case)  1  2  3
- J'ai eu des nausées :  oui  non
- Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de nausées est de : .....
- J'ai vomi :  oui  non

## Projet quotidien = au moins 6 h en dehors du lit et des repas à table

- Je me suis mis debout :  moins de 3h  entre 3h à 6h  + de 6h
- J'ai marché :  moins de 30 min  plus de 30 min  + de 1h
- Sinon, je me suis assis en dehors du lit :  moins de 6h  + de 6h
- Sinon, je n'ai pas quitté le lit :  oui  non
- Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de douleur en mouvement est de : .....

## Reprise du transit intestinal

- J'ai eu des gaz :  oui  non
- J'ai eu des selles :  oui  non



---

**Centre Hospitalier Intercommunal  
de Créteil**

40 avenue de verdun

94 000 Créteil

01 45 17 50 00

---

[www.hopitaux-confluence.fr](http://www.hopitaux-confluence.fr)



[www.chicreteil.fr](http://www.chicreteil.fr)

