Nom : Prénom : Date de naissance : ……/……/…………

**Avant l’opération**

J’ai reçu la fiche d’information Oui Non

J’ai saisi la finalité des soins que j’aurai Oui Non

J’ai eu besoin de renseignements complémentaires oraux Oui Non

J’ai pu boire la totalité du liquide sucré qu’on m’a proposé la veille Oui Non

Sinon, Je n’en ai bu qu’une partie Oui

Je n’ai pas pu le boire Oui

**Le jour de l’opération (après mon retour du bloc)**

J’ai bu assez (Un demi litre) J’ai mangé bien (tout ce qu’on m’a proposé)

peu peu

Pas du tout pas du tout

J’ai vomi oui Je me suis mis assis ½-1H

non ≥2H

debout ½-1H

≥2H

J’ai marché ½-1H

≥2H

Sur une échelle de 0 à 10 mon plus haut niveau de **nausée** est

0 10

Sur une échelle de 0 à 10 mon plus haut niveau de **douleur** est

0 10

Le 1er jour après l’opération

J’ai bu assez (1 litre) J’ai mangé bien (plus de la moitié du plat)

peu peu

Pas du tout pas du tout

J’ai vomi oui

non

**Projet quotidien 3 repas (cocher la case) : 1□ 2□ 3□**

**Projet quotidien au moins 6H en dehors du lit et des repas à table :**

J’ai été debout moins de 3H entre 3 et 6H plus de 6H

J’ai marché moins de 30 min plus de 30 min plus d’1H

Sinon, je me suis assis en dehors du lit moins de 6H plus de 6H

Sinon, je n’ai pas quitté le lit **□**

J’ai eu des gaz non**□** oui**□**

J’ai eu des selles non**□** oui**□**

Sur une échelle de 0 à 10 mon plus haut niveau de **nausée** est

0 10

Sur une échelle de 0 à 10 mon plus haut niveau de **douleur** est

0 10

**Le 2ème jour après l’opération**

J’ai bu assez (1 litre) J’ai mangé bien (plus de la moitié du plat)

peu peu

Pas du tout pas du tout

J’ai vomi oui

non

**Projet quotidien 3 repas (cocher la case) : 1□ 2□ 3□**

**Projet quotidien au moins 6H en dehors du lit et des repas à table :**

J’ai été debout moins de 3H entre 3 et 6H plus de 6H

J’ai marché moins de 30 min plus de 30 min plus d’1H

Sinon, je me suis assis en dehors du lit moins de 6H plus de 6H

Sinon, je n’ai pas quitté le lit **□**

J’ai eu des gaz non**□** oui**□**

J’ai eu des selles non**□** oui**□**

Sur une échelle de 0 à 10 mon plus haut niveau de **nausée** est

0 10

Sur une échelle de 0 à 10 mon plus haut niveau de **douleur** est

0 10

**Le 3ème jour après l’opération**

J’ai bu assez (1 litre) J’ai mangé bien (plus de la moitié du plat)

peu peu

Pas du tout pas du tout

J’ai vomi oui

non

**Projet quotidien 3 repas (cocher la case) : 1□ 2□ 3□**

**Projet quotidien au moins 6H en dehors du lit et des repas à table :**

J’ai été debout moins de 3H entre 3 et 6H plus de 6H

J’ai marché moins de 30 min plus de 30 min plus d’1H

Sinon, je me suis assis en dehors du lit moins de 6H plus de 6H

Sinon, je n’ai pas quitté le lit **□**

J’ai eu des gaz non**□** oui**□**

J’ai eu des selles non**□** oui**□**

Sur une échelle de 0 à 10 mon plus haut niveau de **nausée** est

0 10

Sur une échelle de 0 à 10 mon plus haut niveau de **douleur** est

0 10

**Le 4ème jour après l’opération**

J’ai bu assez (1 litre) J’ai mangé bien (plus de la moitié du plat)

peu peu

Pas du tout pas du tout

J’ai vomi oui

non

**Projet quotidien 3 repas (cocher la case) : 1□ 2□ 3□**

**Projet quotidien au moins 6H en dehors du lit et des repas à table :**

J’ai été debout moins de 3H entre 3 et 6H plus de 6H

J’ai marché moins de 30 min plus de 30 min plus d’1H

Sinon, je me suis assis en dehors du lit moins de 6H plus de 6H

Sinon, je n’ai pas quitté le lit **□**

J’ai eu des gaz non**□** oui**□**

J’ai eu des selles non**□** oui**□**

Sur une échelle de 0 à 10 mon plus haut niveau de **nausée** est

0 10

Sur une échelle de 0 à 10 mon plus haut niveau de **douleur** est

0 10

**Le 5ème jour après l’opération**

J’ai bu assez (1 litre) J’ai mangé bien (plus de la moitié du plat)

peu peu

Pas du tout pas du tout

J’ai vomi oui

non

**Projet quotidien 3 repas (cocher la case) : 1□ 2□ 3□**

**Projet quotidien au moins 6H en dehors du lit et des repas à table :**

J’ai été debout moins de 3H entre 3 et 6H plus de 6H

J’ai marché moins de 30 min plus de 30 min plus d’1H

Sinon, je me suis assis en dehors du lit moins de 6H plus de 6H

Sinon, je n’ai pas quitté le lit **□**

J’ai eu des gaz non**□** oui**□**

J’ai eu des selles non**□** oui**□**

Sur une échelle de 0 à 10 mon plus haut niveau de **nausée** est

0 10

Sur une échelle de 0 à 10 mon plus haut niveau de **douleur** est

0 10

**Le 6ème jour après l’opération**

J’ai bu assez (1 litre) J’ai mangé bien (plus de la moitié du plat)

peu peu

Pas du tout pas du tout

J’ai vomi oui

non

**Projet quotidien 3 repas (cocher la case) : 1□ 2□ 3□**

**Projet quotidien au moins 6H en dehors du lit et des repas à table :**

J’ai été debout moins de 3H entre 3 et 6H plus de 6H

J’ai marché moins de 30 min plus de 30 min plus d’1H

Sinon, je me suis assis en dehors du lit moins de 6H plus de 6H

Sinon, je n’ai pas quitté le lit **□**

J’ai eu des gaz non**□** oui**□**

J’ai eu des selles non**□** oui**□**

Sur une échelle de 0 à 10 mon plus haut niveau de **nausée** est

0 10

Sur une échelle de 0 à 10 mon plus haut niveau de **douleur** est

0 10

**Le 7ème jour après l’opération**

J’ai bu assez (1 litre) J’ai mangé bien (plus de la moitié du plat)

peu peu

Pas du tout pas du tout

J’ai vomi oui

non

**Projet quotidien 3 repas (cocher la case) : 1□ 2□ 3□**

**Projet quotidien au moins 6H en dehors du lit et des repas à table :**

J’ai été debout moins de 3H entre 3 et 6H plus de 6H

J’ai marché moins de 30 min plus de 30 min plus d’1H

Sinon, je me suis assis en dehors du lit moins de 6H plus de 6H

Sinon, je n’ai pas quitté le lit **□**

J’ai eu des gaz non**□** oui**□**

J’ai eu des selles non**□** oui**□**

Sur une échelle de 0 à 10 mon plus haut niveau de **nausée** est

0 10

Sur une échelle de 0 à 10 mon plus haut niveau de **douleur** est

0 10