


| | | | |
|---|---|---|----------|
|  | PROCEDURA | All.02 C07 Informativa per la contenzione fisica-Ed.prima- Rev.00 | |
| | Codice CLIENTE 07 | Emissione: | 15/11/14 |
| | GESTIONE DEGLI INTERVENTI DI CONTENZIONE | Pagina I di I | |

PRESCRIZIONE CONTENZIONE

Cognome _____ Nome _____ data di nascita _____

Diagnosi: _____ Sigla _____

Problematiche assistenziali infermieristiche: _____

Descrizione della condizione dell'assistito

- paziente con alterazione dello stato di coscienza paziente affetto da deterioramento cognitivo grave
 _____ altro _____

Misure alternative alla contenzione già in atto:

| | si | non attuabile | non efficace |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| supporto psicologico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| supporto familiare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| attività occupazionali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| somministrazione di farmaci | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Motivo della prescrizione della contenzione

- il comportamento del paziente può essere pericoloso per sé o per gli altri
 stato di confusione mentale o incoscienza
 Situazione pericolosa per il paziente a causa della sua disabilità
 Somministrazione inderogabile di terapie
 Allineamento posturale
 Paziente a rischio cadute

Mezzo di contenzione prescritto

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> sponde per il letto | <input type="checkbox"/> notte | <input type="checkbox"/> notturne/diurne |
| <input type="checkbox"/> polsiera / cavigliera | <input type="checkbox"/> destra | <input type="checkbox"/> sinistra |
| <input type="checkbox"/> polsiera per terapia | <input type="checkbox"/> manopola | |
| <input type="checkbox"/> corsetto con bretelle | <input type="checkbox"/> corsetto con cintura pelvica | |
| <input type="checkbox"/> tavolino per carrozzina | <input type="checkbox"/> fascia per carrozzina o poltrona | |

Durata della contenzione

- continuativo (non oltre le 12 ore)
 temporaneo
 ciclico
 fino al miglioramento dello stato cognitivo e/o ripresa della capacità di autodeterminazione
 quotidiana, a causa della disabilità del paziente
 vengono attuate e rispettate le indicazioni previste durante il monitoraggio e la sorveglianza

L'assistito è in grado di fornire il consenso informato? Si No

I familiari sono stati informati della necessità della contenzione? Si No

Firma dell'assistito (Amministratore di sostegno/familiare/delegato) _____

Firma del medico _____ Firma dell'infermiere _____

Firma Responsabile Nucleo _____ Data _____