

	<b>PROCEDURA</b>	All.02 C07 Informativa per la contenzione fisica-Ed.prima- Rev.00	
	Codice <b>CLIENTE 07</b>	Emissione:	10/04/21
	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 con limitazioni fisiche (messa in sicurezza)  
 \_\_\_\_\_ 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 (rischio caduta)  
 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 parziale autosufficienza 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 Infermiere/OSS \_\_\_\_\_

Firma Responsabile \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_