



PROCEDURA SPECIFICA
PS SC DIPSA ASL AL 05
Procedura Aziendale:
Gestione della Contenzione Fisica

Data di emissione:
Febbraio 2022
revisione N° 0
Pagina 16 di 24

All. 1

SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA CONTENZIONE FISICA

P.O. _____ S.C./S.S. _____

Cognome _____ Nome _____

Circostanza che determina il ricorso alla contenzione fisica:		<input type="checkbox"/> Stato di confusione mentale (condizione cronica)
<input type="checkbox"/> Stato di confusione mentale o incoscienza o ebbrezza (estemporaneo)	<input type="checkbox"/> Comportamento di eterolesionismo	<input type="checkbox"/> Comportamento di autolesionismo
<input type="checkbox"/> Periodo pre-post sedazione chirurgica	<input type="checkbox"/> Pericolo di fughe in degente disorientato/non collaborante	
<input type="checkbox"/> Mantenimento di corretto allineamento posturale non previsto dal piano personalizzato riabilitativo	<input type="checkbox"/> Paziente a rischio di caduta <input type="checkbox"/> Indice Scala Conley	<input type="checkbox"/> Altro (Specificare)

Alternative alla contenzione valutale:	Non possibile	Non idoneo	Non efficace
<input type="checkbox"/> Colloquio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Interventi gestionale/Logistici finalizzati ad aumentare l'attività di sorveglianza e ridurre il tempo d'azione fra la situazione di rischio e l'intervento professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Assistenza da parte dei familiari /Care giver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Utilizzo letto abbassabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Materasso a terra / accanto al letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tipo di contenzione prescritto:	<input type="checkbox"/> Sponde al letto	<input type="checkbox"/> Cintura di sicurezza al letto
<input type="checkbox"/> Sedia con piano di appoggio fisso	<input type="checkbox"/> Corpetti con bretelle o cinture	<input type="checkbox"/> Cintura per carrozzina o sedia
<input type="checkbox"/> Bracciali per polsi <input type="checkbox"/> Destro <input type="checkbox"/> Sinistro <input type="checkbox"/> Bilaterale	<input type="checkbox"/> Bracciali per caviglie <input type="checkbox"/> Destro <input type="checkbox"/> Sinistro <input type="checkbox"/> Bilaterale	<input type="checkbox"/> Altro (Specificare):

Tempi di applicazione:

- Temporaneo Data e ora di attivazioni e di termine: _____
- Continuativo (Non oltre le 12 ore) Data e ora di attivazioni e di termine: _____
- Rivalutazione Data e ora di attivazioni e di termine: _____

Note:

N.B. La contenzione deve essere monitorata nella Scheda P.R.I.M.A e nella Scheda Integrativa di Monitoraggio dei pazienti contenuti All.2 e All.3

Sono stato informato dal medico della necessità dell'applicazione di tali mezzi di contenzione e dell'eventuale probabilità di protrarre tale disposizioni per un ulteriore breve periodo temporale degente/familiare/tutore (esplicitare il tipo di rapporto o il grado di parentela) _____

Il medico _____

L'operatore sanitario _____

Data _____ ora _____

Note: _____