



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

Data di emissione:
Febbraio 2022
revisione N° 0
Pagina 20 di 24

All. 4

SCHEDA DI SEGNALAZIONE CONTENZIONE

PRESIDIO OSPEDALIERO _____ S.C./S.S. _____

INIZIALI PAZIENTE _____ ETA' _____ GENERE _____

DATA DI RICOVERO _____ DATA DI DIMISSIONE _____

TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (TSO) SI' NO

N°	Data inizio contenzione	ora	Data termine contenzione	ora
1				
2				
3				
4				

DURATA DELLA CONTENZIONE: GIORNI _____ ORE _____

TIPO DI CONTENZIONE _____

MOTIVO DELLA CONTENZIONE _____

NOMINATIVO DEL MEDICO CHE HA DISPOSTO LA CONTENZIONE: _____

DATA _____

NOMINATIVO OPERATORE

FIRMA _____

NB: Il modulo deve essere inviato scansionato via e-mail alla S.S. Rischio Clinico e CIO (rischioclinico@aslal.it) al termine del ricovero del paziente contenuto.