

	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.