


|   |   |  |
|---|---|--|
|  | <b>PROCEDURA SPECIFICA</b><br><b>PS SC DIPSA ASL AL 05</b><br>Procedura Aziendale: Gestione della Contenzione<br>Fisica | <b>Data di emissione:</b><br><b>Febbraio 2022</b><br><br><b>revisione N° 0</b><br><b>Pagina 18 di 24</b> |
|---|---|--|

All. 3 pag.1 di 2

**SCHEDA INTEGRATIVA DI MONITORAGGIO PAZIENTE CONTENUTO**

Tutti i pazienti sottoposti a contenzione devono essere sottoposti a monitoraggio continuo documentato sulla scheda PRIMA, con frequenza prescritta dal medico. Il monitoraggio può essere eseguito da ogni figura professionale dell'équipe.

Cognome nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Mezzo di contenzione in atto \_\_\_\_\_

|  |  |  |                        |   |
|--|--|--|------------------------|---|
| corretto posizionamento del mezzo diconenzione   |  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                | lesioni da contenzione | <input type="checkbox"/> SI .....<br><input type="checkbox"/> NO  |
| cute integra   | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO ..... |  | alimentazione          | <input type="checkbox"/> SI ALIMENTA <input type="checkbox"/> ASSISTITA <input type="checkbox"/> AUTONOMA |
|  | idratazione  |  |                        | <input type="checkbox"/> NON SI ALIMENTA  |
|  |  | <input type="checkbox"/> IDRATATO <input type="checkbox"/> DISIDRATATO | mobilizzazione         | OGNI h .....  |
|  |  | <input type="checkbox"/> ASSISTITA <input type="checkbox"/> AUTONOMA   |                        |   |
| cure igieniche   |  | <input type="checkbox"/> ASSISTITO <input type="checkbox"/> AUTONOMO   | altro                  |   |
| <input type="checkbox"/> prescrizione invariata<br><input type="checkbox"/> prescrizione variata (specificare) _____<br>Data ____/____/____ ora _____<br>Firma medico _____ Firma infermiere/operatore _____ |  |  |                        |   |

Mezzo di contenzione in atto \_\_\_\_\_

|  |  |  |                        |   |
|--|--|--|------------------------|---|
| corretto posizionamento del mezzo diconenzione   |  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                | lesioni da contenzione | <input type="checkbox"/> SI .....<br><input type="checkbox"/> NO  |
| cute integra   | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO ..... |  | alimentazione          | <input type="checkbox"/> SI ALIMENTA <input type="checkbox"/> ASSISTITA <input type="checkbox"/> AUTONOMA |
|  | idratazione  |  |                        | <input type="checkbox"/> NON SI ALIMENTA  |
|  |  | <input type="checkbox"/> IDRATATO <input type="checkbox"/> DISIDRATATO | mobilizzazione         | OGNI h .....  |
|  |  | <input type="checkbox"/> ASSISTITA <input type="checkbox"/> AUTONOMA   |                        |   |
| cure igieniche   |  | <input type="checkbox"/> ASSISTITO <input type="checkbox"/> AUTONOMO   | altro                  |   |
| <input type="checkbox"/> prescrizione invariata<br><input type="checkbox"/> prescrizione variata (specificare) _____<br>Data ____/____/____ ora _____<br>Firma medico _____ Firma infermiere/operatore _____ |  |  |                        |   |



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

Data di emissione:  
Febbraio 2022  
revisione N° 0  
Pagina 19 di 24

pag. 2 di 2

Mezzo di contenzione in atto \_\_\_\_\_

|   |  |  |                        |   |
|---|--|--|------------------------|---|
| corretto posizionamento del mezzo di contenzione  |  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  | lesioni da contenzione | <input type="checkbox"/> SI .....<br><input type="checkbox"/> NO  |
| cute integra  | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO .....     | <input type="checkbox"/> IDRATATO <input type="checkbox"/> DISIDRATATO<br><input type="checkbox"/> ASSISTITA <input type="checkbox"/> AUTONOMA | alimentazione          | <input type="checkbox"/> SI ALIMENTA <input type="checkbox"/> ASSISTITA <input type="checkbox"/> AUTONOMA |
|   |  |  |                        | <input type="checkbox"/> NON SI ALIMENTA  |
| idratazione   |  |  | mobilizzazione         | OGNI h .....  |
| cure igieniche  | <input type="checkbox"/> ASSISTITO <input type="checkbox"/> AUTONOMO |  | altro                  |   |
| <input type="checkbox"/> prescrizione invariata<br><input type="checkbox"/> prescrizione variata (specificare) _____<br>Data ____/____/____ ora _____,____<br>Firma medico _____ Firma infermiere/operatore _____ |  |  |                        |   |

Mezzo di contenzione in atto \_\_\_\_\_

|   |  |  |                        |   |
|---|--|--|------------------------|---|
| corretto posizionamento del mezzo di contenzione  |  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  | lesioni da contenzione | <input type="checkbox"/> SI .....<br><input type="checkbox"/> NO  |
| cute integra  | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO .....     | <input type="checkbox"/> IDRATATO <input type="checkbox"/> DISIDRATATO<br><input type="checkbox"/> ASSISTITA <input type="checkbox"/> AUTONOMA | alimentazione          | <input type="checkbox"/> SI ALIMENTA <input type="checkbox"/> ASSISTITA <input type="checkbox"/> AUTONOMA |
|   |  |  |                        | <input type="checkbox"/> NON SI ALIMENTA  |
| idratazione   |  |  | mobilizzazione         | OGNI h .....  |
| cure igieniche  | <input type="checkbox"/> ASSISTITO <input type="checkbox"/> AUTONOMO |  | altro                  |   |
| <input type="checkbox"/> prescrizione invariata<br><input type="checkbox"/> prescrizione variata (specificare) _____<br>Data ____/____/____ ora _____,____<br>Firma medico _____ Firma infermiere/operatore _____ |  |  |                        |   |