

MODULO 14	PRESCRIZIONE MEZZI DI CONTENZIONE	Cod. ROG26/1.14 Rev.02 del 30.06.2025
------------------	------------------------------------------	------------------------------------------

PAZIENTE: _____	ANNO _____	N° prog. _____
------------------------	-------------------	-----------------------

PRESCRIZIONE MEDICA

PROBLEMA - EPISODI SPECIFICI:

<input type="checkbox"/> caduta/scivolamento per alzarsi o camminare	<input type="checkbox"/> autolesionismo	<input type="checkbox"/> aggressività
<input type="checkbox"/> rimozione presidi medicali	<input type="checkbox"/> eterolesionismo	<input type="checkbox"/> altro: _____

MOTIVAZIONE:

<input type="checkbox"/> prevenzione cadute	<input type="checkbox"/> posturale/riabilitativo	<input type="checkbox"/> auto-eterolesionismo
<input type="checkbox"/> controllo dei disturbi comportamentali	<input type="checkbox"/> salvaguardia personale	<input type="checkbox"/> altro: _____

MEZZI DI CONTENZIONE:

<input type="checkbox"/> Fasce e cinture applicate all'utente a letto	<input type="checkbox"/> Bracciali polsi e caviglie	<input type="checkbox"/> Tavolino per carrozzina
<input type="checkbox"/> Lenzuolo contentivo	<input type="checkbox"/> Corpetto con bretelle	<input type="checkbox"/> Divaricatore inguinale
<input type="checkbox"/> Sponde per il letto per la contenzione fisica	<input type="checkbox"/> Cintura addominale	<input type="checkbox"/> altro: _____
<input type="checkbox"/> Corpetti con bretelle e cintura	<input type="checkbox"/> Cintura pelvica	<input type="checkbox"/> altro: _____

MODALITÀ DI APPLICAZIONE:

DURATA	FASCIA ORARIA
<input type="checkbox"/> tempo indeterminato	<input type="checkbox"/> GIORNO dalle ore _____ Alle ore _____
Dal _____ al _____	<input type="checkbox"/> NOTTE dalle ore _____ Alle ore _____
SOSPENSIONE	
<input type="checkbox"/> 10 minuti di movimento ogni 2/3	
<input type="checkbox"/> altro: _____	

CONTENZIONE FARMACOLOGICA:

FARMACO	
DURATA	FASCIA ORARIA
<input type="checkbox"/> tempo indeterminato	<input type="checkbox"/> GIORNO dalle ore _____ Alle ore _____
Dal _____ al _____	<input type="checkbox"/> NOTTE dalle ore _____ Alle ore _____

DATA _____ Timbro e Firma del Medico _____

☐ **DISPOSTA DALL'INFERMIERE** previa autorizzazione del MMG e/o per gravi motivi di tutela utente o verso terzi.

DATA _____ INFERMIERE (nominativo) _____ FIRMA _____

CONSENSO INFORMATO ALL'USO DELLO STRUMENTO DI CONTENZIONE

☐ Il sottoscritto utente, le cui generalità sono sopra riportate:

☐ Il sottoscritto familiare/ADS: (Cognome) _____ (Nome) _____

nato a _____ il _____ residente in _____ Via _____

reso edotto delle indicazioni e delle modalità di utilizzo delle contenzioni nonché dei possibili effetti collaterali

☐ **ACCONSENTE**
☐ **NON ACCONSENTE**

all'adozione dei mezzi di protezione e tutela personale sopra specificati e nei tempi sopra descritti.
 Dichiara, inoltre, di essere stato informato che variazioni della tipologia dei mezzi di protezione e tutela personale utilizzati oppure del loro orario di utilizzo renderanno necessaria la sottoscrizione di un nuovo consenso.

Data: _____ Firma dell'Utente o familiare/ADS: _____

N.B.: In assenza del Medico e solo in situazioni di emergenza, per proteggere il paziente/ospite o gli altri utenti e operatori da aggressioni, l'infermiere può decidere di applicare una contenzione attraverso la presente scheda.
 Tale decisione dovrà poi essere confermata e firmata dal Medico nel più breve tempo possibile (entro 24 ore).

NOTA: numerare progressivamente ogni modulo e archiviare i moduli cronologicamente in un unico plico per ogni singolo anno.