|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *caduta/scivolamento per alzarsi o camminare* |  | *autolesionismo* |  | *aggressività* | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | *rimozione presidi medicali* |  | *eterolesionismo* |  | *altro*: |  |

**MOTIVAZIONE:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *prevenzione cadute* |  | *posturale/riabilitativo* |  | *auto-eterolesionismo* | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | *controllo dei disturbi comportamentali* |  | *salvaguardia personale* |  | *altro*: |  |

**MEZZI DI CONTENZIONE:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *Fasce e cinture applicate all’utente a letto* |  | *Bracciali polsi e caviglie* |  | *Tavolino per carrozzina* | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |
|  | *Lenzuolo contentivo* |  | *Corpetto con bretelle* |  | *Divaricatore inguinale* | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |
|  | *Sponde per il letto per la contenzione fisica* |  | *Cintura addominale* |  | *altro*: |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |
|  | *Corpetti con bretelle e cintura* |  | *Cintura pelvica* |  | *altro*: |  | |

**MODALITÀ DI APPLICAZIONE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DURATA** |  | **FASCIA ORARIA** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | *tempo indeterminato* | | | | | |  | |  | GIORNO | | dalle ore | | |  | Alle ore | | |  | |
|  | |  | |  | | | | | | |  | | |  | | |  |  | |  |
| Dal | | | |  | | al |  | |  |  | NOTTE | | | dalle ore | |  | Alle ore | | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **SOSPENSIONE** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | |
|  | *10 minuti di movimento ogni 2/3* | |
|  |  | |
|  | *altro*: |  |

**CONTENZIONE FORMACOLOGICA:**

|  |  |
| --- | --- |
| **FARMACO** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DURATA** |  | **FASCIA ORARIA** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | *tempo indeterminato* | | | | | |  | |  | GIORNO | | dalle ore | | |  | Alle ore | | |  | | |
|  | |  | |  | | | | | | |  | | |  | | |  |  | |  |
| **Dal** | | | |  | | **al** |  | |  |  | 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.