

**Sceda di prescrizione dei mezzi di contenzione fisica**

Allegato n. 1

Paziente:	
Letto n.:	
Patologia:	
Data:	
Presenza di contenzioni all'ingresso	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Se sì, indicare quali:	
Informato un familiare/tutore legale Sig./Sig.ra:	

**Condizioni del paziente al momento della contenzione: motivazioni.**

<b>Alternative alla contenzione valutate</b>	Non idoneo	Non possibile	Non efficace
Colloquio			
Interventi gestionali/logistici per aumentare il grado di sorveglianza			
Farmaci			
Assistenza da parte di un familiare			

<b>Mezzi di contenzione utilizzati:</b>
Fasce contenitive per arti: arto superiore <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sn arto inferiore <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sn
Fascia addominale: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Sponde al letto: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Altro:

Situazioni particolari:
-------------------------

Data	Ora
Medico	Infermiere