

Sceda di prescrizione dei mezzi di contenzione fisica

Allegato n. 1

Paziente:

Letto n.:

Patologia:

Data:

Presenza di contenzioni all'ingresso SI ☐ NO ☐

Se sì, indicare quali:

Informato un familiare/tutore legale Sig./Sig.ra:

Condizioni del paziente al momento della contenzione: motivazioni.

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

Data

Firma Medico