

SCHEDA DI RIVALUTAZIONE DEL PAZIENTE IN CONTENZIONE FISICA		Allegato n. 3	
Controllo visivo del paziente a 30 minuti dalla contenzione per verificare: - corretto posizionamento dei mezzi di contenzione: ☐ sì ☐ no - presenza di elementi che rendano necessario modificare/rimuovere i mezzi di contenzione: ☐ sì ☐ no Se sì, indicare quali e che interventi sono stati attuati: 			
Data		Ora	
Firma infermiere			
Controllo dei parametri vitali ogni 2 ore:			
PA	PA	PA	PA
Spo2	Spo2	Spo2	Spo2
FC	FC	FC	FC
TC	TC	TC	TC
Data	Data	Data	Data
Ora	Ora	Ora	Ora
Firma infermiere	Firma infermiere	Firma infermiere	Firma infermiere

Se si rende necessario prolungare il tempo di contenzione oltre le 24 ore, il medico deve procedere ad una nuova prescrizione di contenzione fisica, annotando di seguito le motivazioni:

.....

.....

Data

Ora

Firma medico

Firma infermiere