

RSA Colle Carducci srl	<b>Scheda di prescrizione dei mezzi di contenzione</b>	M. 16.06 rev. 06 del 01/09/2019
---------------------------	--	------------------------------------

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Matricola/Codice cartella \_\_\_\_\_  
 Presenza Tutore / Amministratore di Sostegno con delega alla "salute"  Si  NO

Tipo di contenzione	Motivazione	Firma del medico e data per autorizzazione	Fascia oraria	Data di sospensione e firma
Sponde al letto	<input type="checkbox"/> posturale/riabilitativo <input type="checkbox"/> controllo dei disturbi comportamentali <input type="checkbox"/> auto-eterolesionismo <input type="checkbox"/> salvaguardia <input type="checkbox"/> prevenzione caduta		<input type="checkbox"/> Giorno <input type="checkbox"/> Notte	
Fascia	<input type="checkbox"/> posturale/riabilitativo <input type="checkbox"/> controllo dei disturbi comportamentali <input type="checkbox"/> auto-eterolesionismo <input type="checkbox"/> salvaguardia <input type="checkbox"/> prevenzione caduta		<input type="checkbox"/> Giorno <input type="checkbox"/> Notte	
Carrozzina/poltrona	<input type="checkbox"/> posturale/riabilitativo <input type="checkbox"/> controllo dei disturbi comportamentali <input type="checkbox"/> auto-eterolesionismo <input type="checkbox"/> salvaguardia <input type="checkbox"/> prevenzione caduta		<input type="checkbox"/> Giorno <input type="checkbox"/> Notte	
Divaricatore	<input type="checkbox"/> posturale/riabilitativo <input type="checkbox"/> controllo dei disturbi comportamentali <input type="checkbox"/> auto-eterolesionismo <input type="checkbox"/> salvaguardia <input type="checkbox"/> prevenzione caduta		<input type="checkbox"/> Giorno <input type="checkbox"/> Notte	
Tavolino A doppio binario	<input type="checkbox"/> posturale/riabilitativo <input type="checkbox"/> controllo dei disturbi comportamentali <input type="checkbox"/> auto-eterolesionismo <input type="checkbox"/> salvaguardia <input type="checkbox"/> prevenzione caduta		<input type="checkbox"/> Giorno <input type="checkbox"/> Notte	
altro	<input type="checkbox"/> posturale/riabilitativo <input type="checkbox"/> controllo dei disturbi comportamentali <input type="checkbox"/> auto-eterolesionismo <input type="checkbox"/> salvaguardia <input type="checkbox"/> prevenzione caduta		<input type="checkbox"/> Giorno <input type="checkbox"/> Notte	

Salvaguardia = prevenzione delle interferenze rispetto all'esecuzione dei trattamenti prescritti (es. infusione di farmaci per via endovenosa, applicazione di cateteri, sondini naso-gastrici, PEG, ecc).

Prossima rivalutazione: \_\_\_\_\_

Firma dell'ospite/tutore/amministratore di sostegno\*: \_\_\_\_\_

Firma familiare\*\*: \_\_\_\_\_

(\*) = la firma dell'ospite o del tutore o dell'amministratore di sostegno con delega alla "salute" è una firma per CONSENSO

(\*\*) = la firma del familiare è una firma per AVVENUTA INFORMAZIONE nel caso in cui il pz non sia in grado di esprimere consenso e non è presente né il tutore né amministratore di sostegno