

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA  
CONTENZIONE FISICA**

rev 0.0 2024

**LA CONTENZIONE NON PUÒ PROTRARSI PER PIÙ DI 12 ORE CONSECUTIVE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nosologico \_\_\_\_\_

<p><b>Motivazioni che determinano il ricorso alla contenzione fisica</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Grave pericolo di caduta dal letto in paziente disorientato/ non collaborante</p> <p><input type="checkbox"/> Comportamento eterolesivo</p> <p><input type="checkbox"/> Comportamento autolesivo</p> <p><input type="checkbox"/> Demenza con BPSD</p> <p><input type="checkbox"/> Stato di confusione mentale (condizione acuta)</p> <p><input type="checkbox"/> Stato di ebbrezza (estemporaneo)</p> <p><input type="checkbox"/> Pericolo di fuga in paziente disorientato</p> <p><input type="checkbox"/> Periodo pre-post sedazione chirurgica</p> <p><input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____</p> <p>N.B. È possibile barrare più caselle</p>
--	---

<p><b>Tipologia di contenzione prescritta</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Doppia spondina che impedisce l'uscita dal letto (solo per spondine con lunghezza maggiore <math>\frac{3}{4}</math> letto)</p>
	<p><input type="checkbox"/> Corpetto con bretelle fissato al letto</p>
	<p><input type="checkbox"/> Cintura addominale fissata al letto</p>
	<p><input type="checkbox"/> Bracciale per polso</p>
	<p><input type="checkbox"/> Bracciale per caviglie</p>
	<p><input type="checkbox"/> Contenzione crociata (1 arto superiore e 1 arto inferiore controlaterale)</p>
	<p><input type="checkbox"/> Altro; spec. _____</p>

Data	Ora inizio	Ora fine prevista (massimo 12 h)	Rivalutazione ogni:	Firma medico (o inf. se medico non presente)
			<input type="checkbox"/> 30 m <input type="checkbox"/> 60 m	