ALLEGATO 5 (UOC SPDC DSM ASL Roma 1) – Scheda di prescrizione medica alla contenzione meccanica e monitoraggio infermieristico

ASL ROMA 1 REGIONE LAZIO

SCHEDA DI PRESCRIZIONE MEDICA ALLA CONTENZIONE MECCANICA E MONITORAGGIO INFERMIERISTICO

Data: _____Cognome e nome paziente:_____ Data e luogo di nascita: _____ n. letto: _____ Foglio: _____

Medico turno mattina Medico turno pomeriggio Medico turno notte

Tipo di contenzione: _____ Prescrizione monitoraggio: PA ogni _____ FC ogni _____ TC ogni _____ SpO2 ogni _____ARIO	I ORA	½ ORA	II ORA	½ ORA	III ORA	½ ORA	IV ORA	½ ORA	V ORA	½ ORA	VI ORA	½ ORA	VII ORA	½ ORA	VIII ORA	½ ORA	IX ORA	½ ORA	X ORA	½ ORA	XI ORA	½ ORA	XII ORA	½ ORA ....
Comportamento osservato: (Sbarrare casella ogni ½ ora)																								
Sveglio																								
Addormentato																								
Agitato																								
Tranquillo																								
Orientato																								
Confuso																								
Parametri rilevati:																								
PA																								
FC																								
FR																								
TC																								
SpO2																								
Bisogni:																								
Alimentazione (P/A)																								
Idratazione (P/A)																								
Minzione (P/A; CV)																								
Evacuazione (P/A)																								
Dispositivi:																								
Fasce adeguatamente posizionate (Si/No)																								
Lesioni da posizione (Si/No)																								
Decontenzione a rotazione arti (Bdx-Bsn-Pdx-Psn)																								
Accesso venoso (P/A)																								
Fluidoterapia in corso (Si-No)																								
Sigla rilevatore																								

Sigla rilevatore																								
ORARIO	XIII ORA	½ ORA	XIV ORA	½ ORA	XV ORA	½ ORA	XVI ORA	½ ORA	XVII ORA	½ ORA	XVIII ORA	½ ORA	XIX ORA	½ ORA	XX ORA	½ ORA	XXI ORA	½ ORA	XXII ORA	½ ORA	XXIII ORA	½ ORA	XXIV ORA	½ ORA .....
Comportamento osservato: **(Sbarrare casella ogni ½ ora)**																								
Sveglio																								
Addormentato																								
Agitato																								
Tranquillo																								
Orientato																								
Confuso																								
Parametri rilevati:																								
PA																								
FC																								
FR																								
TC																								
SpO2																								
Bisogni:																								
Alimentazione (P/A)																								
Idratazione (P/A)																								
Minzione (P/A; CV)																								
Evacuazione (P/A)																								
Dispositivi:																								
Fasce adeguatamente posizionate (Si/No)																								
Lesioni da posizione (Si/No)																								
Decontenzione a rotazione arti (Bdx-Bsn-Pdx-Psn))																								
Accesso venoso (P/A)																								
Fluidoterapia in corso (Si-No)																								
Sigla rilevatore																								

Decontenzione avvenuta il _____ **alle ore** _____ **Firma infermiere/a** _____

Legenda:

P = Presente

A = Assente

CV = Catetere Vescicale

Bdx = Braccio destro

Bsn = Braccio sinistro

Pdx = Piede destro

Psn = Piede sinistro

Motivo della mancata decontenzione: _____ **Firma infermiere/a**_____