

REGISTRO DI CONTENZIONE DI REPARTO SPDC

Codice Identificativo del paziente contenuto: n.....

INIZIO CONTENZIONE	
Data :	Ora :
<p>Orientamento diagnostico:</p> <p><input type="checkbox"/> Psicosi <input type="checkbox"/> disturbo dell'umore <input type="checkbox"/> uso di sostanze <input type="checkbox"/> disturbo di personalità</p> <p><input type="checkbox"/> difettualità cognitiva <input type="checkbox"/> deterioramento cognitivo <input type="checkbox"/> altro</p> <p>Drug test:</p> <p><input type="checkbox"/> effettuato <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo a _____</p> <p><input type="checkbox"/> non effettuato</p> <p>Motivo contenzione:</p> <p><input type="checkbox"/> Comportamenti autoaggressivi (_____)</p> <p><input type="checkbox"/> Comportamenti eteroaggressivi (_____)</p> <p><input type="checkbox"/> Oppositività/rifiuto nei confronti di: terapie esami di fondamentale importanza per la salute del paziente e urgenti</p> <p><input type="checkbox"/> Agitazione psicomotoria da intossicazione da sostanze: <input type="checkbox"/> alcol <input type="checkbox"/> stupefacenti <input type="checkbox"/> farmaci</p> <p><input type="checkbox"/> Confusione e/o delirium con rischio per l'incolumità fisica (_____)</p> <p>Giunge contenuto da:</p> <p><input type="checkbox"/> P.S <input type="checkbox"/> altro SPDC <input type="checkbox"/> altro reparto</p> <p>Paziente</p> <p><input type="checkbox"/> noto in continuità assistenziale <input type="checkbox"/> noto in discontinuità assistenziale <input type="checkbox"/> non noto</p>	
TSO : <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
<p>Tipologia di contenzione:</p> <p><input type="checkbox"/> 4 arti <input type="checkbox"/> arti e addome <input type="checkbox"/> altro _____</p> <p>Terapia antitrombotica impostata <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no</p>	
Firma medico	Firma infermieri
_____	_____
FINE CONTENZIONE	
Data:	ora _____
Motivi: _____	

Firma medico	Firma infermieri
_____	_____

TURNO: <input type="checkbox"/> Mattina <input type="checkbox"/> Pomeriggio <input type="checkbox"/> Notte			DATA __/__/__	ORA __:__
OPERATORI: _____				
PROSEGUE CONTENZIONE: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				
EVENTUALI EVENTI: _____				

TURNO: <input type="checkbox"/> Mattina <input type="checkbox"/> Pomeriggio <input type="checkbox"/> Notte			DATA __/__/__	ORA __:__
OPERATORI: _____				
PROSEGUE CONTENZIONE: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				
EVENTUALI EVENTI: _____				

TURNO: <input type="checkbox"/> Mattina <input type="checkbox"/> Pomeriggio <input type="checkbox"/> Notte			DATA __/__/__	ORA __:__
OPERATORI: _____				
PROSEGUE CONTENZIONE: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				
EVENTUALI EVENTI: _____				

TURNO: <input type="checkbox"/> Mattina <input type="checkbox"/> Pomeriggio <input type="checkbox"/> Notte			DATA __/__/__	ORA __:__
OPERATORI: _____				
PROSEGUE CONTENZIONE: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				
EVENTUALI EVENTI: _____				

TURNO: <input type="checkbox"/> Mattina <input type="checkbox"/> Pomeriggio <input type="checkbox"/> Notte			DATA __/__/__	ORA __:__
OPERATORI: _____				
PROSEGUE CONTENZIONE: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				
EVENTUALI EVENTI: _____				

TURNO: <input type="checkbox"/> Mattina <input type="checkbox"/> Pomeriggio <input type="checkbox"/> Notte			DATA __/__/__	ORA __:__
OPERATORI: _____				
PROSEGUE CONTENZIONE: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				
EVENTUALI EVENTI: _____				
