



ARNAS G. Brotzu
Azienda di Rilievo Nazionale
ed Alta Specializzazione

SCHEDA DI MONITORAGGIO DEL PAZIENTE IN CONTENZIONE

AII_001_PSQ_AZ_015

S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E
GESTIONE DEL RISCHIO

Cognome e Nome del Paziente _____ Data ____ / ____ / ____ Ora inizio ____ : ____

Tipo contenzione _____ PV da rilevare ogni: ____ ore - Firma Medico _____

Ora	7:00 - 8:00				8:00 - 9:00				9:00 - 10:00				10:00 - 11:00				11:00 - 12:00				12:00 - 13:00				13:00 - 14:00				14:00 - 15:00				15:00 - 16:00				16:00 - 17:00				17:00 - 18:00				18:00 - 19:00			
Minuti	15'	30'	45'	60'	15'	30'	45'	60'	15'	30'	45'	60'	15'	30'	45'	60'	15'	30'	45'	60'	15'	30'	45'	60'	15'	30'	45'	60'	15'	30'	45'	60'	15'	30'	45'	60'	15'	30'	45'	60'	15'	30'	45'	60'	15'	30'	45'	60'
Fascette																																																
Cute																																																
Parametri Vitali																																																
Diuresi																																																
Idratazione																																																
Firma Infermiere																																																
Ora	19:00 - 20:00				20:00 - 21:00				21:00 - 22:00				22:00 - 23:00				23:00 - 00:00				00:00 - 1:00				1:00 - 2:00				2:00 - 3:00				3:00 - 4:00				4:00 - 5:00				5:00 - 6:00				6:00 - 7:00			
Minuti	15'	30'	45'	60'	15'	30'	45'	60'	15'	30'	45'	60'	15'	30'	45'	60'	15'	30'	45'	60'	15'	30'	45'	60'	15'	30'	45'	60'	15'	30'	45'	60'	15'	30'	45'	60'	15'	30'	45'	60'	15'	30'	45'	60'	15'	30'	45'	60'
Fascette																																																
Cute																																																
Parametri Vitali																																																
Diuresi																																																
Idratazione																																																
Firma Infermiere																																																

LEGENDA

- **FASCETTE:** ✓: Controllo eseguito, Contenzione presente - X: Contenzione non presente, Movimentazione eseguita
- **CUTE:** I: Integra - A: Arrossamento - E: Escoriazione
- **DIURESI:** ✓: Attiva - X: Non Attiva
- **IDRATAZIONE:** Ev: Endovena - Os: Via Orale

Contenzione sospesa alle h. ____ : ____ - Firma Infermiere _____ - Firma Medico _____



ARNAS G. Brotzu

Azienda di Rilievo Nazionale
ed Alta Specializzazione

REGISTRO CONTENZIONI

All_002_PSQ_AZ_015

S.C. QUALITÀ, PERCORSI
ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL
RISCHIO

Nome Cognome del Paziente _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Nosologico N° _____

Inizio della contenzione Data ____ / ____ / ____ Ora ____ : ____ Previsione durata ☐ < 6h ☐ 6-12h ☐ 13-24h ☐ > 24h

Operatori presenti _____

Firma e timbro del Medico _____

Descrizione Motivazioni: _____

☐ Auto /Etero aggressività _____

☐ Grave agitazione psicomotoria _____

☐ Rischio di dislocazione device _____

☐ Rischio di lesioni accidentali _____

☐ Altro _____

Descrizione azioni preventive alla contenzione: _____

☐ Terapia farmacologia _____

☐ Colloquio _____

☐ Assistenza individuale - de-escalation _____

☐ Modifica ambientale _____

☐ Altro _____

Modalità di attuazione:

☐ 2 Arti ☐ 4 Arti ☐ Spondine ☐ Spalle ☐ Fasce-Cinture ☐ Polsiere ☐ Cavigliere ☐ Cuscini Anatomici

☐ Altro _____

Terapia anticoagulante: NO ☐ SI ☐ _____

Termine della contenzione Data ____ / ____ / ____ Ora ____ : ____ Totale Ore contenzione _____

Motivazione _____

Operatori presenti _____

Complicanze _____

Firma e timbro del Medico _____



PREMESSA

Lo scopo del presente modulo è fornire al Paziente o a chi ne fa le veci, in aggiunta al colloquio con il medico e l'équipe assistenziale, informazioni riguardanti le caratteristiche, le finalità e i rischi connessi all'eventuale utilizzo di misure di contenzione meccanica.

FINALITÀ

La contenzione meccanica è un atto che, attraverso l'uso di mezzi meccanici applicati o adiacenti al corpo del Paziente che non possono facilmente essere rimossi, limita i movimenti volontari di tutto o di una parte del corpo della persona assistita. Può essere opportuno far ricorso a mezzi di contenzione quando il comportamento del Paziente rappresenti un serio pericolo per sé e/o per altri, dopo aver valutato ed escluso le altre soluzioni percorribili.

MODALITÀ DI ATTUAZIONE

La contenzione sarà prescritta dal medico e documentata in cartella clinica. In condizioni di urgenza potrà essere attuata dall'infermiere con successiva validazione medica.

Essa rappresenta una extrema ratio, utilizzata solo dopo aver valutato e, ove possibile, attuato strategie alternative (relazionali, ambientali, farmacologiche).

La contenzione verrà applicata utilizzando il mezzo meccanico meno invasivo, ma sufficiente ad annullare il rischio nelle seguenti situazioni:

- Pericolo attuale per l'incolumità del Paziente
- Danni a terzi
- Pericolo di rimozione dei presidi sanitari indispensabili (accessi venosi, cateteri, etc.)

La rimozione dei mezzi meccanici di contenimento avverrà immediatamente alla scomparsa dei sopraelencati pericoli.

Durante tutto il periodo di contenzione il Paziente verrà attentamente monitorato al fine di evitare che questo possa comportare rischi per la salute dello stesso.

I mezzi utilizzati potranno essere:

- Fasce e cinture applicate all'utente a letto
- Lenzuolo contenitivo
- Sponde di protezione
- Corpetto con bretelle
- Cintura addominale
- Cintura pelvica
- Tavolino o piano d'appoggio fisso
- Divaricatore inguinale
- Cavigliere
- Polsiere

POSSIBILI RISCHI E COMPLICANZE

Il Paziente è stato reso edotto che l'eventuale ricorso a misure di contenzione meccanica può essere associato ai seguenti rischi e complicanze:

Traumi meccanici	Esiti secondari	Alterazioni della sfera psicosociale
Arrossamenti cutanei	Incontinenza	Stress
Cianosi	Lesioni da decubito	Ansia
Abrasioni, ematomi, ferite	Infezioni	Agitazione
Fratture, distorsioni articolari	Riduzione della massa e del tono muscolare	Depressione
Contratture muscolari	Aumento del rischio di trombosi venosa	Senso di costrizione
Asfissia da compressione toracica	Decadimento funzionale	Paura e sconforto
Strangolamento	Aumento dell'osteoporosi	Confusione/disorientamento



ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ALLA PRESTAZIONE

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa

Preso atto del seguente quadro clinico messo in evidenza dal Paziente:

Prescrive l'utilizzo dei seguenti mezzi di protezione e tutela personale:

Presidi:

Inizio della contenzione Data ____ / ____ / ____ Ora ____ : ____ Previsione durata ☐ < 6h ☐ 6-12h ☐ 13-24h ☐ > 24h

Al fine di:

Informato il Paziente (Rappresentante Legale) sulla necessità di ricorrere all'utilizzo dei suddetti mezzi di protezione e tutela personale.

Il Paziente (Rappresentante Legale) è stato reso edotto delle indicazioni e delle modalità di utilizzo, dei possibili effetti collaterali, nonché della possibilità di poter revocare il presente consenso all'esecuzione della contenzione meccanica proposta in qualsiasi momento

Consapevole di quanto sopra

☐

ACCONSENTE

☐

**NON
ACCONSENTE**

all'adozione dei mezzi di protezione e tutela personale sopra specificati
e nei tempi sopra descritti

Cagliari, li ____ / ____ / ____

Firma del Paziente / Rappresentante Legale

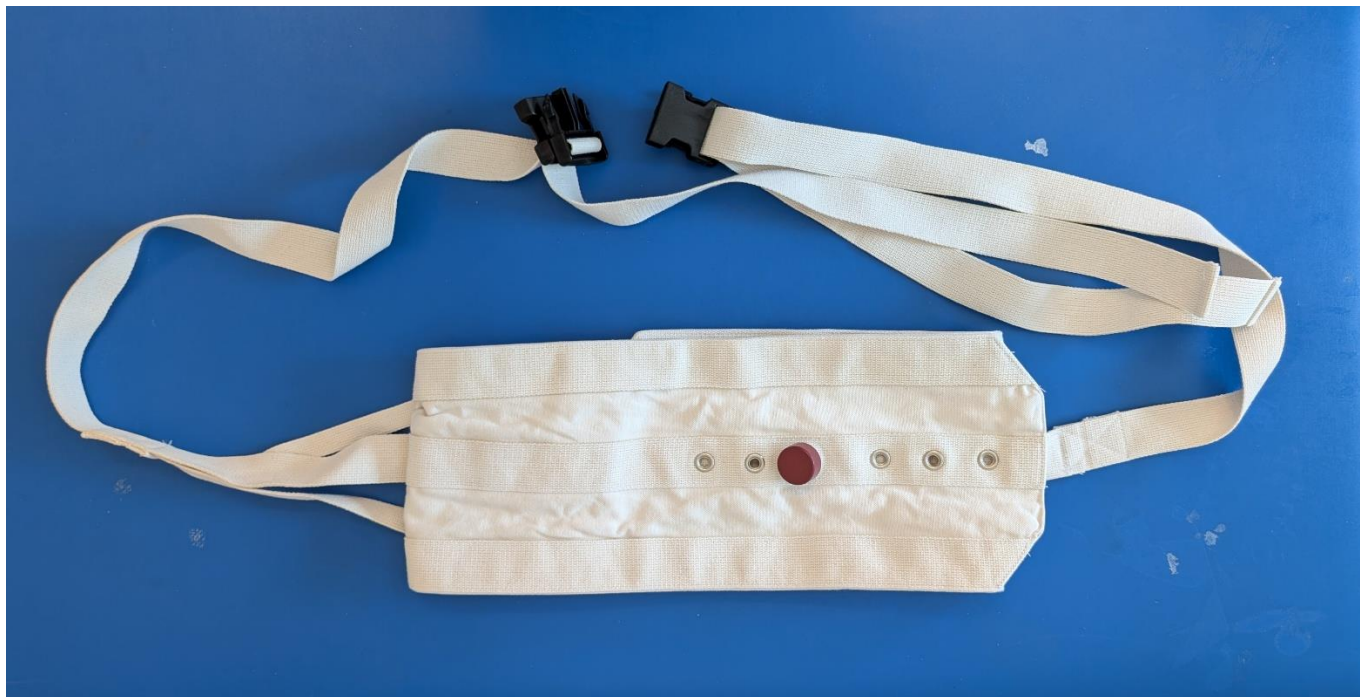
Firma del Medico

In data odierna **REVOCO** il consenso precedentemente concesso.

Cagliari, li ____ / ____ / ____ Firma del Paziente / Rappresentante Legale _____



CINTURA



POLSINI





ARNAS G. Brotzu
Azienda di Rilievo Nazionale
ed Alta Specializzazione

ESEMPI DISPOSITIVI DI CONTENZIONE MECCANICA

AII_004_PSQ_AZ_015

S.C. QUALITÀ, PERCORSI
ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL
RISCHIO

POLSINI CHIUSI

