

INDICACIÓN DE LA SUJECIÓN FÍSICA

IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO/SERVICIO/UNIDAD	Apellidos.....Nombre.....
	Nº Historia.....Nº Afiliación.....

INDICACIONES DE LA CONTENCIÓN (Márquese la casilla correspondiente):
<p>Motivo de la sujeción:</p> <p><input type="checkbox"/> Por riesgo o amenaza para la integridad física del paciente o de la persona cuidada</p> <p><input type="checkbox"/> Por riesgo o amenaza para la integridad física de otras personas y/o el entorno: personas que conviven con el paciente o la persona cuidada</p> <p><input type="checkbox"/> Aplicación y mantenimiento de programas terapéuticos del paciente o de otros pacientes (sondas, catéteres, vías venosas periféricas, absorbentes)</p> <p><input type="checkbox"/> Solicitud del paciente o persona cuidada.</p> <p>Estado del usuario:</p> <p><input type="checkbox"/> Agitado</p> <p><input type="checkbox"/> Violento/agresivo</p> <p><input type="checkbox"/> Confuso/Desorientado</p> <p><input type="checkbox"/> Impulsividad suicida</p> <p>Pauta temporal (Por la noche/ día y noche/ horario determinado...):</p> <p>Observaciones:.....</p> <p>.....</p>

TIPO DE CONTENCIÓN:		
Sujeción en silla	Sujeción en cama	Otros tipos de sujeción
<input type="checkbox"/> Cinturón abdominal <input type="checkbox"/> Cinturón abdominoperineal <input type="checkbox"/> Chaleco de sujeción a tronco <input type="checkbox"/> Chaleco de sujeción troncooperineal <input type="checkbox"/> Tobilleras <input type="checkbox"/> Muñequeras	<input type="checkbox"/> Cinturón abdominal <input type="checkbox"/> Tobilleras <input type="checkbox"/> Muñequeras <input type="checkbox"/> Sabana inmovilizadora <input type="checkbox"/> Pijama mono <input type="checkbox"/> Barras protectoras	<input type="checkbox"/> Manoplas <input type="checkbox"/> Reducción física. <input type="checkbox"/> Confinamiento en habitación <input type="checkbox"/> Elemento atravesado

<p>Fecha de indicación: El/la responsable de la indicación:</p> <p>Fdo.Médico/a..... Nº de colegiado..... Sello</p>

Fecha de la revisión:

El/la responsable de la ejecución y seguimiento.

Fdo. Enfermera/o.....

INCIDENCIAS RELACIONADAS CON LA MEDIDA

INDICACIÓN DE LA RETIRADA DE LA SUJECIÓN

Fecha:.....Hora:

Fdo. Enfermero/a.....Fdo. Médico/a...

INFORMACIÓN A USUARIO/FAMILIA/TUTOR

Se ha explicado la necesidad de contención a:

Paciente

Familia

No ha sido posible en ninguno de los casos

Consentimiento informado