

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	 <b>REGIONE LAZIO</b>
	<b>CONSENSO PER LA CONTENZIONE TEMPORANEA DEI PAZIENTI (SOTTOSCRIZIONE – REVOCA)</b> (DA ACCOMPAGNARE ALLA CONSEGNA DELL'INFORMATIVA E CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	<b>ALLEGATO 8</b> <b>Cod. P/110/06/2024</b>  <b>ALLEGATO 12</b> <b>Cod. P/110/05/2024</b>

<b>SOTTOSCRIZIONE CONSENSO PER LA CONTENZIONE TEMPORANEA</b> <b>(da compilare al di fuori delle situazioni ove ricorra lo stato di necessità)</b>			
<b>Reparto/Servizio/Struttura:</b> _____			
Nome e Cognome del paziente _____ nato/a a _____ in data ____/____/____ Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
Informato/a sulla necessità di ricorrere all'utilizzo dei seguenti mezzi di protezione e tutela personale: <b>CIRCOSTANZA CHE DETERMINA IL RICORSO ALLA CONTENZIONE PER LA PROTEZIONE DEL PAZIENTE</b>			
<input type="checkbox"/> Rischio caduta <input type="checkbox"/> Stato di Confusione mentale (condizione cronica) <input type="checkbox"/> Periodo pre o post sedazione <input type="checkbox"/> Pericolo di fughe in degenza disorientato/non collaborante <input type="checkbox"/> Stato di Confusione mentale o incoscienza o ebbrezza (estemporaneo) <input type="checkbox"/> Tendenza all'aggressività/autolesionismo <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____			
<b>ALTERNATIVE ALLA CONTENZIONE VALUTATE</b>			
	<b>NON POSSIBILE</b>	<b>NON IDONEO</b>	<b>NON EFFICACE</b>
Colloquio con il paziente e con familiari/caregiver/tutore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenza da parte dei familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizzo letto regolabile in altezza (abbassato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TIPO DI CONTENZIONE PRESCRITTA</b>			
<input type="checkbox"/> Spondine per letto (solo se il letto è regolabile in altezza) <input type="checkbox"/> Cintura per carrozzina o sedia <input type="checkbox"/> Sedia con piano di appoggio fisso <input type="checkbox"/> Bracciali di immobilizzazione			
	<input type="checkbox"/> polsi	<input type="checkbox"/> destro <input type="checkbox"/> sinistro <input type="checkbox"/> ambedue	<input type="checkbox"/> caviglie <input type="checkbox"/> destro <input type="checkbox"/> sinistro <input type="checkbox"/> ambedue
<input type="checkbox"/> Tavolino per carrozzina <input type="checkbox"/> Fascia toracica <input type="checkbox"/> Farmaci (tranquillanti e sedativi) <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____			

TEMPO DI APPLICAZIONE		
	DATA E ORA DI ATTIVAZIONE	DATA E ORA DI TERMINE
<input type="checkbox"/> Temporaneo		
<input type="checkbox"/> Entro le 12 ore		
<input type="checkbox"/> Ciclico		

Reso edotto da parte del personale sanitario sulle motivazioni e sulle indicazioni che rendono necessaria e non procrastinabile la contenzione temporanea secondo le modalità indicate, fermo restando l'attività di vigilanza che il personale eserciterà durante il periodo della contenzione temporanea applicata, così come indicato anche nella specifica informativa aziendale consegnata.

**Informato che nel caso in cui si presenti lo stato di necessità, il personale sanitario può procedere alla contenzione temporanea senza acquisirne il consenso, sempre al fine di tutelare la sicurezza del paziente.**

**ACCETTO**

**NON ACCETTO**

l'adozione dei mezzi di protezione e tutela personale sopra specificati.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	 <b>REGIONE LAZIO</b>
	<b>CONSENSO PER LA CONTENZIONE TEMPORANEA DEI PAZIENTI (SOTTOSCRIZIONE – REVOCA)</b> (DA ACCOMPAGNARE ALLA CONSEGNA DELL'INFORMATIVA E CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	<b>ALLEGATO 8</b> <b>Cod. P/110/06/2024</b>  ALLEGATO 12 Cod. P/110/05/2024

- DICHIARO inoltre, di essere stato informato che qualunque intervento di tipo contenitivo è la risultante di un processo in cui l'equipe multi-professionale ha già attuato, in scienza e coscienza, ogni tentativo per evitarla e ha posto in essere ogni possibile strategia alternativa alla contenzione stessa, senza apprezzabili risultati.
- DICHIARO inoltre di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento del trattamento.

<b>Firma della persona assistita (solo ove validamente esprimibile)</b>	
<b>Nome, Cognome e firma leggibile dei genitori in caso di minori</b>	
<b>Nome, Cognome, firma leggibile tutore legale/amministratore e n. decreto _____</b>	
<b>Firma del medico</b>	
<b>Firma degli operatori presenti *</b>	
<b>PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente):</b> Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.	
<b>Nome Cognome ed estremi documento mediatore culturale</b>	<b>Firma</b>
<b>Data e ora di acquisizione del consenso</b>	

<b>REVOCA CONSENSO PER LA CONTENZIONE TEMPORANEA</b>	
<b>Firma del dichiarante</b>	
<b>Firma del medico</b>	
<b>Firma degli operatori presenti</b>	
<b>PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente):</b> Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.	
<b>Nome Cognome ed estremi documento mediatore culturale</b>	<b>Firma</b>
<b>Data e ora</b>	
<b>INFORMATO</b> dei rischi che la mia decisione comporta e che il rifiuto delle cure che può condurre fino a (specificare): .....	

\*Gli operatori sanitari presenti procedono alla contenzione temporanea esclusivamente in ragione di tutela dell'incolumità e sicurezza del paziente, tracciando tutte le azioni svolte e relativi orari in cartella clinica in accordo con il medico di riferimento per la presa in carico/gestione clinica del paziente stesso.