



HASTANIN

Tarih:

Adı - Soyadı:

Hasta ID No:

Cinsiyet: ☐ K ☐ E

Doğum Tarihi:

Hekim tarafından doldurulacaktır

Kısıtlama Tarihi:Saat:

Kısıtlama Geçerlilik Süresi:(Max Geçemez)

Kısıtlama Öncesinde Aile Bilgilendirildi: ☐ Evet ☐ Hayır

KISITLAMA TİPİ

☐ Tip I: Hastanın direnlerini, kanüllerini ya da kendine yakın tıbbi ekipmanı üzerine çekmesine engel olunacak kısıtlama.

☐ Tip II: Ciddi ajite, tehlikeli davranışı olan, yaptıklarının bilincinde olmayan hastalara kendisine ve çevresine zarar vermesine engel olunacak tam kısıtlama.

ALTERNATİF GİRİŞİMLER

KISITLAMA NEDENİ

- ☐ Konuşarak sakinleştirme
☐ Dikkatini başka yöne çekme
☐ Mobilizasyon
☐ Psikolojik destek sağlama
☐ Ek konsültasyon
☐ Hasta ile iletişimi artırma
☐ Diğer girişimler:

- ☐ Kendisine zarar veriyor
☐ Çevresine zarar veriyor
☐ Aşırı ajitasyon
☐ Oryantasyon bozukluğu
☐ Tıbbi tedaviye uyumsuzluk
☐ Düşme tehlikesi mevcut
☐ Diğer:

Kısıtlama Şekli

Kimyasal Kısıtlama Orderi

- ☐ Üst Ekstremité ☐ Sağ ☐ Sol
☐ Alt Ekstremité ☐ Sağ ☐ Sol
☐ Kol Tespit Tahtası ☐ Sağ ☐ Sol
☐ Parmaksız Eldiven
☐ Kimyasal Kısıtlama
☐ Diğer (açıklayınız):
.....

Kimyasal Kısıtlama ☐ Var ☐ Yok

İlaç İstem Formu : Tarih: Saat:

NOTLAR:

Kısıtlamayı Başlatan Hekim:

İmza:

Kısıtlamanın Sonlandırılması

Kısıtlamayı Sonlandırma Tarihi:Saat:

Kısıtlama Sonrasında Aile Bilgilendirildi: ☐ Evet ☐ Hayır

Kısıtlama Sonlandırma Notu:

Kısıtlamayı Sonlandıran Hekim:

İmza

