

Záznam o použití omezovacích prostředků u pacienta

Fm-L009-018-IMOBIL-001

verze č. 10 (MEDEA), str. 1/2

Klinika/oddělení:

List č.:

Jméno a příjmení pacienta:	Kód ZP:
Rodné číslo pacienta:	Datum narození (není-li RČ):
Adresa trv. pobytu:	

Před použitím omezovacího prostředku:

slovní intervence ☐ úprava prostředí ☐ bezprostřední ohrožení ☐

Důvod:	☐ neklid ☐ desorientace ☐ agrese ☐ suicidální jednání	Kurtování:	☐ rukou ☐ nohou ☐ rukou a nohou ☐ břišní pás
Účel: prevence ublížení	☐ sobě ☐ ostatním pacientům nebo zdravotnickému personálu	Kontrola částí těla před zahájením kurtování:	
Omezovací prostředek:	☐ úchop ☐ pásy ☐ kurty ☐ izolační místnost ☐ parenterální léčiva	Prokrvení:	☐ dostatečné ☐ nedostatečné
		Strangulační rýhy:	☐ ano ☐ ne
		Otoky rukou:	☐ ano ☐ ne
		Otoky nohou:	☐ ano ☐ ne
		Barva kůže:	☐ normální ☐ bledá ☐ zarudlá ☐ jiná:

Použití omezovacích prostředků zahájeno dne:

hod.:

Jmenovka a podpis indikujícího omezení pacienta:

☐ lékař

☐ sestra

Jmenovka a podpis lékaře potvrzujícího indikaci sestry

Datum:

Čas:

Pacient byl informován o požití omezovacích prostředků:

☐ ano

☐ ne

Informace o použití omezovacích prostředků předána dne

čas

Jméno a příjmení informované osoby: ☐ zákonného zástupce ☐ opatrovníka

Způsob předání informace: ☐ osobně ☐ telefonicky ☐ písemně

Datum a čas předání informace:

Kdo předal:

Datum a čas:

Podpis informované osoby:

Frekvence kontroly omezovacích prostředků a zdravotního stavu (rozsah, frekvence):

(Případnou změnu frekvence kontroly omezovacích prostředků a zdravotního stavu zaznamená lékař na následující stranu)

Záznam o použití omezovacího prostředku:

končetin (PHK, LHK, PDK, LDK), břišní pás (BP), izolační místnost (IZ), dobu omezení zaznamenejte křížkem

List č. _____

	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
PHK																								
LHK																								
PDK																								
LDK																								
BP																								
IZ																								

Posouzení důvodu omezení pacienta lékařem nejpozději po uplynutí: kurty HK, kurty DK, BP – 3 hodiny; izolační místnost – 12 hodin.

Datum	Čas	Záznam průběžného hodnocení zdravotního stavu pacienta, výskyt komplikací, jejich popis a způsob řešení.	Jmenovka a podpis sestry / lékaře	Posouzení důvodu trvání použití omezovacích prostředků	
				Datum:	☐ ukončit vše ☐ trvá
				Čas:	Jmenovka a podpis lékaře
				Datum:	☐ ukončit vše ☐ trvá
				Čas:	Jmenovka a podpis lékaře
				Datum:	☐ ukončit vše ☐ trvá
				Čas:	Jmenovka a podpis lékaře
				Datum:	☐ ukončit vše ☐ trvá
				Čas:	Jmenovka a podpis lékaře
				Datum:	☐ ukončit vše ☐ trvá
				Čas:	Jmenovka a podpis lékaře
				Datum:	☐ ukončit vše ☐ trvá
				Čas:	Jmenovka a podpis lékaře
				Datum:	☐ ukončit vše ☐ trvá
				Čas:	Jmenovka a podpis lékaře

Kontrola částí těla / hodnocení:

Prokrvení: ☐ dostatečné ☐ nedostatečné	Barva kůže: ☐ normální ☐ zarudlá ☐ bledá ☐ jiná:	Strangulační rýhy: ☐ ano ☐ ne	Otoky rukou: ☐ ano ☐ ne	Otoky nohou: ☐ ano ☐ ne
Reakce pacienta: ☐ zlepšení spolupráce ☐ zhoršení spolupráce ☐ bez reakce		Datum / čas		
		Jmenovka a podpis sestry		

Použití všech omezovacích prostředků ukončeno:

Datum:	Čas:	Jmenovka a podpis sestry: