

Kısıtlama Öncesi Alınan Önlemler () Dikkatini başka yöne yönlendirme () Hasta /hasta yakınıni bilgilendirme () Yanında refakatçı bulundurma () Yatak kenarlarını kaldırma, koruyucu bulundurma () Hastayı hemşire deksine yakın bir odaya alma () Sedatif ilaç uygulama () Diğer (Belirtiniz.....)	Hasta Kontrolleri			
	Tarih			
	Saat	Kontrol	Aktivite	İmza
Kısıtlama nedenleri () Kateterleri çıkarma isteği () Konfüze ve oryantasyonu bozuk () Ajite ve agresif () Ventilatörden ayrılma riski () Düşme riski () Diğer (Belirtiniz.....)	08			
	09			
	10			
	11			
	12			
Kısıtlama Bölgesi () Üst ekstremité () Sağ () Sol () Alt Ekstremité () Sağ () Sol () Dört Ekstremité () Bel () Dört ekstremité ve bel () Diğer	13			
	14			
	15			
	16			
	17			
() Kısıtlama direktifi alındı Dr. () Hasta ve yakınları bilgilendirildi Hemşire.....	18			
	19			
	20			
Kısıtlama Başlama Tarih :...../...../20..... İmza Saat :.....	21			
	22			
	23			
Kısıtlama Sonlandırma Tarih :...../...../20..... İmza Saat :.....	24			
	01			
	02			
Kontrol Kodları (1) Normal (2) Ciltte kızarıklık (3) Ödem (4) Dolaşım problemi (5) Solunum değişikliği (6) Diğer.....	03			
	04			
	05			
	06			
	07			
Aktivite kodları (1) ROM egzersizleri (2) Yiyecek ihtiyacı sorma (3) Tuvalet ihtiyacı sorgulama (4) Kısıtlamaya ara verme (5) Masaj (6) Nemlendirici (7) Diğer (Belirtiniz.....)				
Kısıtlama Kaldırma Kriterleri () Sakin, kendine ve çevresine zarar vermiyor () Uygulanan işlemlere uyum gösteriyor () Kateterleri çıkarma isteği yok () Kısıtlamadan dolayı zarar oluştu () Düşme riski ortadan kalktı. () Diğer (Belirtiniz.....)	Hasta Adı Soyadı:			
	Dosya No:			
Hasta kısıtlama nedeni ile zarar gördü ise olay bildirim formu doldurunuz				