

Hastanın Adı Soyadı :

Dosya No:

Bölümü:

Kısıtlama Öncesi Alınan Önlemler () Dikkatini başka yöne yönlendirme () Hasta /hasta yakınına bilgilendirme () Yanında refakatçi bulundurma () Yatak kenarlarını kaldırma, koruyucu bulundurma () Hastayı hemşire deskine yakın bir odaya alma () Sedatif ilaç uygulama () Diğer (Belirtiniz.....)		Hasta Kontrolleri			
		Tarih/...../20.....			
		Saat	Kontrol	Aktivite	Hemşire Adı-Soyadı
Kısıtlama nedenleri () Kateterleri çıkarma isteği () Konfüze ve oryantasyonu bozuk () Ajite ve agresif () Ventilatörden ayrılma riski () Düşme riski () Diğer (Belirtiniz.....)		09			
		10			
		11			
		12			
		13			
		14			
		15			
Kısıtlama Bölgesi () Üst ekstremité () Sağ () Sol () Alt Ekstremité () Sağ () Sol () Dört Ekstremité () Bel () Diğer(Belirtiniz.....)		16			
		17			
		18			
		19			
()Kısıtlama için order alındı Dr.		20			
()Hasta ve yakınları bilgilendirildi Hemşire.....		21			
		22			
Kısıtlamaya Başlandı Saat :..... Hemşire Adı-Soyadı	Kısıtlamaya Ara Verildi Saat :..... Hemşire Adı-Soyadı Doktor Adı-Soyadı	23			
		24			
		01			
Kısıtlamaya Başlandı Saat :..... Hemşire Adı-Soyadı	Kısıtlamaya Ara Verildi Saat :..... Hemşire Adı-Soyadı Doktor Adı-Soyadı	02			
		03			
		04			
Kontrol Kodları (1) Normal (2) Ciltte kızarıklık (4) Dolaşım Problemi (3) Ödem (5) Solunum değişikliği (6) Diğer (Belirtiniz.....)		05			
		06			
		07			
		08			
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 kısıtlama nedeni ile zarar gördü ise İstenmeyen Olay Bildirim Formu doldurunuz					