

PRESCRIPTION MEDICALE DE CONTENTION HORS URGENCE

RÉSEAU GÉRONTOLOGIQUE INTER-ETABLISSEMENT DU VAL D'OISE

<p><u>IDENTITE :</u></p> <p>NOM : PRENOM : SEXE :</p> <p>Service :</p> <p><u>PRESCRIPTION MEDICALE :</u></p> <p>MOTIF : RAPPORT BENEFICES/RISQUES :</p> <table border="0"><tr><td><u>TYPE DE CONTENTION :</u></td><td><u>MOMENT</u></td><td><u>DUREE</u></td></tr></table> <p><input type="checkbox"/> Barrière 1 <input type="checkbox"/> Barrière 2 <input type="checkbox"/> Fauteuil + type de matériel : <input type="checkbox"/> Autres :</p> <p><u>PROGRAMMATION : DUREE – MOMENT – FREQUENCE - LIEU</u></p> <p><u>NURSING :</u></p> <p><input type="checkbox"/> SURVEILLANCE DES RISQUES LIES A LA CONTENTION <input type="checkbox"/> ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE <input type="checkbox"/> RECHERCHE D'ALTERNATIVES POUR LEVER LA CONTENTION</p> <p style="text-align: center;"><u>à préciser :</u></p>	<u>TYPE DE CONTENTION :</u>	<u>MOMENT</u>	<u>DUREE</u>	<p style="text-align: center;"><u>EVALUATION QUOTIDIENNE :</u></p> <p>PLURIDISCIPLINAIRE</p> <p>TRANSMISSIONS QUOTIDIENNES CIBLEES ECRITES DANS LE DOSSIER DE SOINS</p> <p><u>INFORMATIONS DELIVREES :</u></p> <table border="0"><tr><td>PATIENT :</td><td>OUI</td><td>NON</td></tr><tr><td>FAMILLE</td><td>OUI</td><td>NON</td></tr><tr><td>AUTRES :</td><td>OUI</td><td>NON</td></tr></table> <p style="text-align: center;">à préciser :</p> <p>DATE :</p> <p>NOM :</p> <p>SIGNATURE :</p>	PATIENT :	OUI	NON	FAMILLE	OUI	NON	AUTRES :	OUI	NON
<u>TYPE DE CONTENTION :</u>	<u>MOMENT</u>	<u>DUREE</u>											
PATIENT :	OUI	NON											
FAMILLE	OUI	NON											
AUTRES :	OUI	NON											

