



FONDAZIONE CASA DI RIPOSO DOTT. GIUSEPPE PARIANI ETS

Via Dante, 93- 28047 Oleggio (NO)  
Tel. 0321/91367  
Codice fiscale: 80000490039  
Partita IVA: 00991630039  
www.pariani.net  
e-mail: info@pariani.net  
PEC: pariani@pec.it

## CERTIFICATO MEDICO CURANTE

### DATI DELL'ASSISTITO

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. ( )

Residenza \_\_\_\_\_

Codice fiscale | | | | | | | | | |



## CONDIZIONI ATTUALI

<b>DEAMBULAZIONE</b> <input type="checkbox"/> AUTONOMA <input type="checkbox"/> CON AIUTO ED ASSISTENZA <input type="checkbox"/> IMPOSSIBILE <input type="checkbox"/> PRESENTA DEFICIT DI EQUILIBRIO E/O RISCHIO CADUTA	<b>EVENTUALI AUSILI IN USO:</b> <input type="checkbox"/> BASTONE <input type="checkbox"/> DEAMBULATORE <input type="checkbox"/> CARROZZINA <input type="checkbox"/> _____
---	---

<b>IGIENE E VESTIZIONE</b> <input type="checkbox"/> AUTONOMA <input type="checkbox"/> CON AIUTO ED ASSISTENZA <input type="checkbox"/> IMPOSSIBILE IN AUTONOMIA
--

<b>INCONTINENZA URINARIA</b> <input type="checkbox"/> ASSENTE <input type="checkbox"/> SALTUARIA <input type="checkbox"/> PERMANENTE <input type="checkbox"/> PRESENZA DI CATETERE VESCICALE  <b>INCONTINENZA FECALE</b> <input type="checkbox"/> ASSENTE <input type="checkbox"/> SALTUARIA <input type="checkbox"/> PERMANENTE	<b>UTILIZZO DI PRESIDI ASSORBENTI:</b> <input type="checkbox"/> STRISCE ASSORBENTI <input type="checkbox"/> PANTS/A MUTANDINA <input type="checkbox"/> PANNOLONE  <b>E' ATTIVA LA FORNITURA DEI PRESIDI TRAMITE ASL:</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ATTIVARE LA FORNITURA
---	---

<b>PRESENZA DI ULCERE E/O DECUBITI</b> <input type="checkbox"/> SI (specificare) _____ <input type="checkbox"/> NO
--

<b>DEFICIT SENSORIALI</b> <input type="checkbox"/> DEFICIT VISIVO _____ <input type="checkbox"/> DEFICIT Uditivo _____  NOTE: _____
---

<b>ALIMENTAZIONE</b> <input type="checkbox"/> AUTONOMA <input type="checkbox"/> NECESSITA DI AIUTO ED ASSISTENZA <input type="checkbox"/> NECESSITA DI ESSERE IMBOCCATO/A <input type="checkbox"/> PRESENTA DISFAGIA _____ <input type="checkbox"/> DIABETE <input type="checkbox"/> ALTRO _____
--

**ORIENTAMENTO SPAZIO/TEMPO**

- NORMALE
- PATOLOGICO

*SE PATOLOGICO*

- EPISODI DI DISORIENTAMENTO SPAZIO/TEMPO
- DISORIENTAMENTO COSTANTE
- DISTURBI DELLA COMUNICAZIONE E/O DELLA PAROLA

**DISTURBI DEL COMPORTAMENTO**

- AGGRESSIVITA' VERBALE
- AGGRESSIVITA' FISICA
- ALLUCINAZIONI E/O DELIRI
- ATTIVITA' MOTORIA AFINALISTICA (WANDERING, FUGHE)
- ALTERAZIONE SEVERA DEL RITMO SONNO/VEGLIA
- E' IRREQUIETO, AGITATO
- UTILIZZO DI PSICOFARMACI (SPECIFICARE)  
\_\_\_\_\_

**ALLERGIE E/O INTOLLERANZE**

- SI (SPECIFICARE) \_\_\_\_\_
- NO

**TRATTAMENTI SPECIALISTICI IN ATTO**

- SI \_\_\_\_\_
- NO

NOTE: \_\_\_\_\_

NOTE:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Recapito Medico Curante \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

**Timbro e firma del Medico**

# SCHEDA DI PRESCRIZIONE MEDICA PER LA CONTENZIONE FISICA

Linee di indirizzo regionali in materia di utilizzo dei presidi di sicurezza che limitano i movimenti dei pazienti Atto DD  
2139/A1400A/2022 del 15/11/2022 reg. Piemonte

## 1. MOTIVAZIONE CLINICA (Stato di Necessità)

La misura si rende indispensabile per la tutela dell'incolumità del paziente a causa di:

- Elevato rischio di cadute non gestibile con sorveglianza (es. instabilità motoria grave).
- Agitazione psicomotoria con rischio di autolesionismo o etero-aggressività.
- Rischio di rimozione di presidi vitali (es. SNG, CVC, Catetere vescicale).
- Altro: \_\_\_\_\_

## 2. DESCRIZIONE DEL DISPOSITIVO

- Sponde laterali al letto (bilaterali o monolaterali).
- Cintura addominale/pelvica per sedia a rotelle o poltrona.
- Corpetto di contenimento.
- Altro: \_\_\_\_\_

## 3. TENTATIVI PREGRESSI (Misure alternative fallite)

Si certifica che le seguenti misure non sono risultate sufficienti:

- Modifiche ambientali (abbassamento letto, tappetini).
- Supervisione costante / Coinvolgimento familiari.
- Ottimizzazione della terapia farmacologica.

## 4. MODALITÀ DI APPLICAZIONE E MONITORAGGIO

- Durata prevista:** La contenzione deve essere limitata al tempo strettamente necessario.
- Rivalutazione:** Prevista ogni \_\_\_\_\_ ore/giorni (massimo 7 giorni per rinnovo).
- Prescrizioni assistenziali:** Controllo dell'integrità cutanea e mobilitazione ogni 2 ore.

## 5. CONSENSO INFORMATO

- Il paziente è stato informato e ha prestato consenso.
- Il paziente non è in grado di esprimere consenso; è stato informato l'Amministratore di Sostegno/Tutore/Parente di riferimento.

**Timbro e firma del Medico**

### Consigli per la compilazione

- **Specificità:** Evita formule generiche come "per sicurezza". Usa termini clinici come "disorientamento spaziale-temporale con wandering notturno".
- **Responsabilità:** Ricorda che la contenzione è un atto medico-assistenziale straordinario; la firma del medico deve sempre essere accompagnata dalla verifica della **manca di alternative**.

## CONSENSO INFORMATO ALL'APPLICAZIONE DI MEZZI DI CONTENZIONE FISICA

Il/La sottoscritto/a: \_\_\_\_\_

In qualità di:  Paziente  Amministratore di Sostegno  Tutore  Parente di riferimento

### DICHIARA

di essere stato/a adeguatamente informato/a dal Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_ in merito alla necessità di adottare misure di contenzione fisica nei confronti di \_\_\_\_\_

#### In particolare, dichiara di aver compreso:

1. **La Finalità:** La misura è finalizzata esclusivamente alla prevenzione di pericoli immediati (es. cadute gravi, rimozione di dispositivi salvavita).
2. **Il Mezzo Utilizzato:** Verrà impiegato il presidio: \_\_\_\_\_ (es. sponde, cintura).
3. **La Temporalità:** La contenzione verrà applicata solo nelle ore \_\_\_\_\_ (es. notturne) e per il tempo strettamente necessario, con monitoraggio ogni 2 ore.
4. **I Rischi:** Sono stati illustrati i possibili effetti collaterali (es. agitazione, lesioni da pressione, riduzione mobilità).
5. **Alternative:** Sono state discusse le alternative ambientali o assistenziali, risultate al momento non idonee.

### ESPRIME IL CONSENSO

**Accetto** l'applicazione della misura di contenzione prescritta.

**Non accetto** l'applicazione, consapevole dei rischi clinici e di incolumità derivanti dal rifiuto.

Data: \_\_\_\_\_

Firma del Paziente/Legale Rappresentante: \_\_\_\_\_

Firma del Medico: \_\_\_\_\_