

CONTENCIÓN MECÁNICA DE MOVIMIENTOS. FORMULARIO DE INDICACIÓN

Nombre y Apellidos de paciente.....

Nº de Historia..... **Fecha de Ingreso**.....**SERVICIO**..... **Cama**.....

Se ha explicado la necesidad de la contención.

Al paciente , **a la familia** , **no fue posible en ningún caso**

Fecha de indicación.....**turno: Mañana** **Tarde** **Noche**

Hora de indicación.....

Nombre y firma de los responsables de la indicación

Fdo......

Fdo......

Personal de enfermería

Personal Médico

¿ Se precisó la colaboración del Personal de Seguridad ? Sí No

Se cumplimentó el formulario de prescripción médica

Indicaciones de la contención (márchese la casilla correspondiente)

Cualquier indicación de restricción de movimientos se entiende, inicialmente, para un plazo máximo de 8 horas. Un turno.

Si es necesario prolongar el tiempo se deben confirmar las sucesivas indicaciones al dorso.

- Riesgo de lesiones a terceras personas (enfermos o personal sanitario)
 - Riesgo de lesiones a si mismo (autolesión, caídas accidentales, etc.)
 - Riesgo de interrupción grave de proceso terapéutico. (arrancarse vías, sondas, otros sistemas de soporte vital, etc.)
 - Para evitar daños físicos significativos en el servicio.(Mobiliario, equipos diagnósticos, etc.)
 - Refuerzo negativo de un tratamiento conductista, pautado previamente o solicitud voluntaria
 - Para reducir estímulos sensoriales (para aislamiento)
 - Otra (especificar según manual de uso)
-

Tipo de sujeción

- Miembros superiores Miembros inferiores Cintura Las tres anteriores

Situación clínica del paciente

Diagnóstico.....

Estado **Agitado** **Violento/agresivo** **Confuso/desorientado** **Impulsividad suicida**

OBSERVACIONES:

Medios fracasados antes de contención (pueden marcarse varios)

- Desactivación verbal Medicación oral Medicación parenteral
 Conversación con un familiar (si era posible)
 No había otra opción y no se intentó nada de lo anterior

Tratamiento Farmacológico			
Medicación	Vía	Hora	Firma

Confirmación de la indicación de la contención

La ausencia de dos firmas de confirmación, indica el levantamiento de la contención en la fecha y el turno correspondiente

Fecha	Turno	Firma Médico responsable	Firma enfermera
	mañana		
	tarde		
	noche		
	mañana		
	tarde		
	noche		
	mañana		
	tarde		
	noche		

¿Ha sido necesario realizar Parte de lesiones **previo** a la contención mecánica de movimientos?

- Sí (comunicación al Ilmo. Sr. Juez de guardia de Madrid y guardar duplicado en Historia Clínica)
 No

¿Se han producido lesiones **durante** la contención (caídas, erosiones, laceraciones, quemaduras....)?

Si (detallar en la Historia clínica)

No

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE
contención

___ ___ ____ Día mes año

Del inicio de la

D./Dña. _____ mayor de
edad, Con DNI _____, internado en el Servicio de
_____ del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de
Henares

DECLARA:

Consentir ser sujetado temporalmente con correas a la cama y/o aislado en una habitación preparada para ello, aceptando, si procede, el tratamiento farmacológico adecuado. Mis médicos me han informado que es el único medio de conseguir controlar mi agitación y/o violencia y que seré liberado inmediatamente después de recuperar mi control. Que solicita voluntariamente ser sujetado con correas a la cama y/o aislado en una habitación preparada para ello. Bien entendido que así como acepto voluntariamente dicha limitación de movimientos, ésta podrá suprimirse en cuanto los médicos lo consideren oportuno o yo se lo solicite voluntariamente.

Que acepta ser sujetado con correas a la cama y/o aislado en una habitación preparada para ello como parte de una terapia de conducta previamente acordada con los médicos que me atienden. Quienes me han explicado detalladamente las indicaciones de ese procedimiento, sus fundamentos y objetivos a alcanzar, aplicados a mi caso, así como la existencia de otros tratamientos diferentes al mismo. Bien entendido que así como acepto voluntariamente dicha limitación de movimientos, ésta podrá suprimirse en cuanto los médicos lo consideren oportuno o yo se lo solicite voluntariamente.

Fecha

Fdo.: _____ El paciente (firma, nombre y apellidos)

Los abajo firmantes, hemos puesto en práctica el tipo de sujeción referida por el paciente arriba firmante, por considerar que existen razones clínicas que justifican así hacerlo.

Fdo.: _____ Fdo.: _____

Médico/a DUE o ATS

FORMULARIO DEL CONSENTIMIENTO FAMILIAR

contención

__ __ ____ día mes año

del inicio de la

D./Dña. _____ mayor de
edad, Con DNI _____,

DECLARA:

Haber sido informado/a por el personal sanitario del Hospital Universitario Príncipe de Asturias de la situación clínica de su familiar

D./Dña. _____ internado/a en el
Servicio de _____, y de la necesidad de controlar la misma
mediante contención física y/o aislamiento en una habitación, de forma temporal

Se me ha informado que tal situación precisa una observación cuidadosa realizada por el personal sanitario. Será finalizada dicha medida terapéutica en el momento que la situación clínica así lo permita.

A todo lo cual doy mi conformidad.

Fdo.: _____ El familiar (firma, nombre y apellidos)

Fecha

Los abajo firmantes, hemos puesto en práctica el tipo de sujeción por considerar que existen razones clínicas que justifican así hacerlo.

Fdo.: _____ Fdo.: _____

Médico/a DUE o ATS

ILMO. SR. JUEZ DE la INSTANCIA No _____

COMUNICACIÓN AL JUEZ

ILMO. SR.

D./Dña. _____, Licenciado Medicina,
médico del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, con el debido respeto

COMUNICA A V.I.

Que en el día de la fecha se ha procedido a la restricción temporal de los movimientos del paciente D./Dña _____ de ____ años de edad, en contra de su voluntad, y con carácter urgencia, por estar facultativamente indicado al encontrarse incluido en uno de los supuestos contemplados en el Protocolo de Contención Mecánica de Movimientos de este Hospital.

La finalización de dicha restricción involuntaria de movimientos se realizará cuando la situación clínica del paciente así lo permita.

Lo que informo a V.I. para su conocimiento y efectos oportunos.

Fecha

Fdo: Dr/a. _____

ILMO. SR. JUEZ DE la INSTANCIA No ____