ANEXO 3

FORMULARIO DE INDICACIÓN/COMUNICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA DE INMOVILIZACIÓN TERAPÉUTICA

a. Indicación (por qué se ha contenido al paciente y por qué se mantiene contenido)

- Riesgo de autolesión
- Riesgo de heteroagresión
- Riesgo interrupción de un tratamiento
- Otros (especificar):

b. Comunicación al médico (si no esta presente) de la Inmovilización Terapéutica.

Presencia del médico en la inmovilización

Comunicación al médico de la inmovilización

c. Tipo:

- Cintura
- MSI
- MSD
- MII
- MID
- Total

d. Habitación donde está ubicado el paciente

Especial

Habitación correspondiente a su ingreso

Box urgencias

e. Estado del paciente:

- Tranquilo
- Intranquilo
- Agresivo/violento
- Desorientado/confuso
- Dormido
- Psicótico
- Otros (especificar):

f- Medidas de apoyo sustitutitas fallidas:

a. Contención verbal
b. Contención farmacológica
c. Medidas distractorias
d. Conversación con un familiar

g. Complicaciones o efectos adversos de la IT.

a. Rozaduras
b. Lesión traumática
c. UUP
d. Otras (especificar):

h. Revisiones de enfermería cada dos horas.

SI ☐

NO ☐

i. Indicación de revisión de auxiliares de enfermería

a. Cada 15 minutos.
b. Cada 30 minutos.

j. **Observaciones: (Texto abierto)**

k. **Finalización de la medida por indicación médico.**

SI ☐

NO ☐

(En aquellos centros donde no exista la historia electrónica ni la aplicación Mambrino XXI, se procederá de la misma manera pero con un formulario en formato papel que recogerá toda la información anterior, más los datos del paciente, fecha y hora de la contención y retirada de la misma (al final), y médico que la indica. Por otro lado se debe escribir en la historia clínica, en el evolutivo del paciente las circunstancias que concurren en este proceso.)