

Tutela della Persona in Stato Confusionale [] Acuto [] Cronico

Prevenzione di danni e lesioni involontarie in base al PAI ed ai parametri assistenziali previsti e disponibili nella Residenza (assenza rapporto degente/OSS 1:1)

Applicazione Mirata SINGOLA MISURA CONTENITIVA DI SALVAGUARDIA (MCS) del Sig/ra: _____ nat_ il __/__/__

Necessità I. Trattamenti sanitari intensivi: _____ II. Cadute Frequenti ¹: _____
 (Disturbi del Comportamento): III. Autolesionismo: _____ IV. Eterolesionismo: _____

Tipo: MANOPOLA: [DX] [SX]; TAVOLINO [] CINTURA PELVICA: [] SPONDA: [DX] [SX] (SE ASSENTE RISCHIO SCAVALCAMENTO) POLSINO: [DX] [SX]

Monitoraggio: PLURIQUOTIDIANO . **Revisione:** [] **A**) quotidiana [] **B**) settimanale [] **C**) mensile **D**) plurimensile

| APPLICAZIONE | Proposto da ² INF./ RAA / FT | DATA | MODALITA' di APPLICAZIONE | | | | | | Firma ³ | Firma ⁴ | Firma ⁴ | Firma ⁵ | Revisione: _____ | | |
|------------------|---|------|---------------------------|--------|----------|------------------------|--------|----------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------------------|--------|--|
| | | | Letto | | | Sedia a Ruote/Poltrona | | | | | | | RAA | Coord. | |
| CODICE | | | Occasionale | Diurna | Notturna | Occasionale | Diurna | Notturna | Medico | Inf. | o FT | Coord. | | | |
| Necessità | | | | | | | | | | | | | | | |
| RIMOZIONE | | | MOTIVO RIMOZIONE: | | | | | | | | | | | | |

| APPLICAZIONE | Proposto da ² INF./ RAA / FT | DATA | MODALITA' di APPLICAZIONE | | | | | | Firma ³ | Firma ⁴ | Firma ⁴ | Firma ⁵ | Revisione: _____ | | |
|------------------|---|------|---------------------------|--------|----------|------------------------|--------|----------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------------------|--------|--|
| | | | Letto | | | Sedia a Ruote/Poltrona | | | | | | | RAA | Coord. | |
| CODICE | | | Occasionale | Diurna | Notturna | Occasionale | Diurna | Notturna | Medico | Inf. | o FT | Coord. | | | |
| Necessità | | | | | | | | | | | | | | | |
| RIMOZIONE | | | MOTIVO RIMOZIONE: | | | | | | | | | | | | |

| APPLICAZIONE | Proposto da ² INF./ RAA / FT | DATA | MODALITA' di APPLICAZIONE | | | | | | Firma ³ | Firma ⁴ | Firma ⁴ | Firma ⁵ | Revisione: _____ | | |
|------------------|---|------|---------------------------|--------|----------|------------------------|--------|----------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------------------|--------|--|
| | | | Letto | | | Sedia a Ruote/Poltrona | | | | | | | RAA | Coord. | |
| CODICE | | | Occasionale | Diurna | Notturna | Occasionale | Diurna | Notturna | Medico | Inf. | o FT | Coord. | | | |
| Necessità | | | | | | | | | | | | | | | |
| RIMOZIONE | | | MOTIVO RIMOZIONE: | | | | | | | | | | | | |

¹ Rischio lesioni da caduta: criteri (Tinetti, JAGS 43:1214, 1995): I) CDR ≥ 3; FAST ≥ 6; MMSE < 10/30 o SPMSQ > a 7 errori/10; II) Comorbidità. Invalidante: CIRS ≥ grado 3); III) Tinetti < 18/28; IV) BMI < 22

² Richiesta di permesso di applicazione di MCS: I P / RAA / FT ³ Concessione permesso di applicazione di MCS secondo i protocolli scientifici

⁴ "PRESA IN CARICO" permesso di applicazione di MCS secondo i protocolli scientifici ⁵ Presa Visione permesso applicazione

