

HOJA DE EVALUACIÓN MEDIDAS PREVENTIVAS DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA CONTENCIÓN FÍSICA

Nombre del paciente: _____ Rut: _____

Diagnóstico: _____

Contención Farmacológica: _____

Fecha: _____ Hora de Inicio: _____ Hora de Término: _____

Nº	Criterios de evaluación	Horario			
1	Tipo de contención.				
2	Estado de la sujeción.				
3	Estado del paciente.				
4	Estado de la piel expuesta a sujeción*.				
Nombre enfermera/o					

1. Tipo de contención: 4 EE: 4 extremidades EESS / EESS: Extremidades superiores o inferiores TRANS: Transversal tórax o abdominal	2. Estado de las sujeciones: A: Adecuada, no imposibilita el movimiento articular. I: Inadecuada, genera impotencia funcional.
3. Estado del paciente: AGIT: Agitado INQ: Inquieto DOR: Dormido OK: Tranquilo	4. Estado de la piel: Se debe observar: indemnidad, Coloración, Edema Temperatura. Normal Con observaciones

***Observaciones del estado de la piel:**