

KOD	YAYIN TARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SHB.FR.45	01.01.2017	----	0	Sayfa 1 / 1

Adı Soyadı:

Bölümü:

Dosya/Bilgisayar No:

Tanı/ Hastalık Kodu:

Not: Bu alana Barkod Yapıştırılabilir.

Kısıtlama Öncesi Alınan Önlemler		Kontrol Kodları				
<input type="checkbox"/>	Dikkatini başka yöne yönlendirme	1	Normal	4	Dolaşım Problemleri	
<input type="checkbox"/>	Hasta/Hasta yakınına bilgilendirme	2	Ciltte kızarıklık	5	Solunum Değişikliği	
<input type="checkbox"/>	Yanında refakatçi/çalışan bulundurma	3	Ödem	6	Diğer	
<input type="checkbox"/>	Yatak kenarlarını kaldırma. Koruyucu Koyma	Aktivite Kodları				
<input type="checkbox"/>	Hastayı hemşire deskine yakın bir odaya alma.	1	ROM Egzersizleri	(2 saatte bir)		
<input type="checkbox"/>	Sedatif ilaç uygulama	2	Yiyecek ihtiyacı sorgulama	(2 saatte bir)		
<input type="checkbox"/>	Psikolojik destek sağlama	3	Tuvalet ihtiyacı sorgulama	(2 saatte bir)		
<input type="checkbox"/>	Diğer	4	Kısıtlamaya ara verme	(2 saatte bir)		
Kısıtlama Nedenleri		5	Masaj	(2 saatte bir)		
<input type="checkbox"/>	Kendisine zarar verme isteği	6	Nemlendirici	(2 saatte bir)		
<input type="checkbox"/>	Çevresine zarar verme isteği	7	Diğer	(2 saatte bir)		
<input type="checkbox"/>	Konfüze ve oryantasyonu bozuk.	Hasta Kontrolleri				
<input type="checkbox"/>	Ajite ve agresif	Tarih	Saat	Kontrol	Aktivite	İmza
<input type="checkbox"/>	Ventilatörden ayrılma					
<input type="checkbox"/>	Düşme tehlikesi mevcut					
<input type="checkbox"/>	Diğer					
Kısıtlama Bölgesi						
<input type="checkbox"/>	Üst Ekstremiteler	<input type="checkbox"/>	Sağ	<input type="checkbox"/>	Sol	
<input type="checkbox"/>	Alt Ekstremiteler	<input type="checkbox"/>	Sağ	<input type="checkbox"/>	Sol	
<input type="checkbox"/>	Dört ekstremiteler					
<input type="checkbox"/>	Bel					
<input type="checkbox"/>	Dört ekstremiteler ve Bel					
<input type="checkbox"/>	Diğer					
<input type="checkbox"/>	Kısıtlama Direktifi Alındı					
<input type="checkbox"/>	Hasta ve yakınları bilgilendirildi.					
Kısıtlama Başlatan Hekim						
Tarih:/...../20.....		İmza				
Saat						
Kısıtlama Sonlandırma						
Tarih:/...../20.....		İmza				
Saat						
Kısıtlama Kaldırma Kriterleri						
<input type="checkbox"/>	Kendine ve çevresine zarar vermiyor.					
<input type="checkbox"/>	Uygulanan işlemlere uyum gösteriyor					
<input type="checkbox"/>	Kateterleri çıkarma isteği yok					
<input type="checkbox"/>	Kısıtlamadan dolayı zarar oluştu.					
<input type="checkbox"/>	Bilinç açık ve sakin					

Hasta kısıtlama nedeni ile zarar gördü ise " BEKLENMEDİK OLAY BİLDİRİM FORMU " doldurunuz.Kalite Birimine veriniz.