

Załącznik nr 3

WZÓR

Ocena stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej

Data	Imię i nazwisko osoby unieruchomionej lub izolowanej (niepotrzebne skreślić)	Oznaczenie podmiotu leczniczego			
Godzina	Zachowanie ¹⁾	Chwilowe uwolnienie ²⁾	Parametry oceniane na podstawie decyzji lekarza nadzorującego lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, jeżeli dotyczy	Uwagi	Imię i nazwisko pielęgniarki kontrolującej stan fizyczny
12:00					
12:15					
12:30					
12:45					
13:00					
13:15					
13:30					
13:45					
14:00					
14:15					
14:30					
14:45					
15:00					
15:15					
15:30					
15:45					
16:00					
16:15					

1) zachowanie: 1. Szarpie się (uderza) 2. Wykrzykuje 3. Placze 4. Śmieje się 5. Śpiewa 6. Mamrocze 8. Spokojny 9. Przyjęcie posiłku 10. Przyjęcie płynu 11. Usuwa aparaturę leczniczą/diagnostyczną 12. Dezorganizuje pracę oddziału 13. Sen 14. Inne (należy wpisać jakie)

2) uwolnienie od unieruchomienia w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych.

WZÓR

Ocena stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej

Data		Imię i nazwisko osoby unieruchomionej lub izolowanej (niepotrzebne skreślić)		Oznaczenie podmiotu leczniczego	
Godzina	Zachowanie ¹⁾	Chwilowe uwolnienie ²⁾	Parametry oceniane na podstawie decyzji lekarza nadzorującego lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, jeżeli dotyczy	Uwagi	Imię i nazwisko pielęgniarki kontrolującej stan fizyczny
12:00					
12:15					
12:30					
12:45					
13:00					
13:15					
13:30					
13:45					
14:00					
14:15					
14:30					
14:45					
15:00					
15:15					
15:30					
15:45					
16:00					
16:15					

- 1) zachowanie: 1. Szarpie się (uderza) 2. Wykrzykuje 3. Płacze 4. Śmieje się 5. Śpiewa 6. Marmocze 8. Spokojny 9. Przyjęcie posiłku 10. Przyjęcie płynu 11. Usuwa aparaturę leczniczą/diagnostyczną 12. Dezorganizuje pracę oddziału 13. Sen 14. Inne (należy wpisać jakie)
- 2) uwolnienie od unieruchomienia w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych.

WZÓR

Ocena stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej

Data		Imię i nazwisko osoby unieruchomionej lub izolowanej (niepotrzebne skreślić)		Oznaczenie podmiotu leczniczego	
Godzina	Zachowanie ¹⁾	Chwilowe uwolnienie ²⁾	Parametry oceniane na podstawie decyzji lekarza nadzorującego lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, jeżeli dotyczy	Uwagi	Imię i nazwisko pielęgniarki kontrolującej stan fizyczny
12:00					
12:15					
12:30					
12:45					
13:00					
13:15					
13:30					
13:45					
14:00					
14:15					
14:30					
14:45					
15:00					
15:15					
15:30					
15:45					
16:00					
16:15					

1) zachowanie: 1. Szarpie się (uderza) 2. Wykrzykuje 3. Placze 4. Śmieje się 5. Śpiewa 6. Mamrocze 8. Spokoiny 9. Przyjęcie posiłku 10. Przyjęcie płynu 11. Usuwa aparaturę leczniczą/diagnostyczną 12. Dezorganizuje pracę oddziału 13. Sen 14. Inne (należy wpisać jakie)

2) uwolnienie od unieruchomienia w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych.

WZÓR

Ocena stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej

Data		Imię i nazwisko osoby unieruchomionej lub izolowanej (niepotrzebne skreślić)		Oznaczenie podmiotu leczniczego	
Godzina	Zachowanie ¹⁾	Chwilowe uwolnienie ²⁾	Parametry oceniane na podstawie decyzji lekarza nadzorującego lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, jeżeli dotyczy	Uwagi	Imię i nazwisko pielęgniarki kontrolującej stan fizyczny
12:00					
12:15					
12:30					
12:45					
13:00					
13:15					
13:30					
13:45					
14:00					
14:15					
14:30					
14:45					
15:00					
15:15					
15:30					
15:45					
16:00					
16:15					

1) zachowanie: 1. Szarpie się (uderza) 2. Wykrzykuje 3. Płacze 4. Śmieje się 5. Śpiewa 6. Mamrocze 8. Spokojny 9. Przyjęcie posiłku 10. Przyjęcie płynu 11. Usuwa aparaturę leczniczą/diagnostyczną 12. Dezorganizuje pracę oddziału 13. Sen 14. Inne (należy wpisać jakie)

2) uwolnienie od unieruchomienia w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych.

WZÓR

Ocena stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej

Data		Imię i nazwisko osoby unieruchomionej lub izolowanej (niepotrzebne skreślić)		Oznaczenie podmiotu leczniczego	
Godzina	Zachowanie ¹⁾	Chwilowe uwolnienie ²⁾	Parametry oceniane na podstawie decyzji lekarza nadzorującego lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, jeżeli dotyczy	Uwagi	Imię i nazwisko pielęgniarki kontrolującej stan fizyczny
12:00					
12:15					
12:30					
12:45					
13:00					
13:15					
13:30					
13:45					
14:00					
14:15					
14:30					
14:45					
15:00					
15:15					
15:30					
15:45					
16:00					
16:15					

- 1) zachowanie: 1. Szarpie się (uderza) 2. Wykrzykuje 3. Placze 4. Śmieje się 5. Śpiewa 6. Marmocze 8. Spokojny 9. Przyjęcie posiłku 10. Przyjęcie płynu 11. Usuwa aparatę leczniczą/diagnostyczną 12. Dezorganizuje pracę oddziału 13. Sen 14. Inne (należy wpisać jakie)
- 2) uwolnienie od unieruchomienia w celu zmiany pozycji lub zaspokożenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych.

Załącznik nr 3

WZÓR

Ocena stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej

Data		Imię i nazwisko osoby unieruchomionej lub izolowanej (niepotrzebne skreślić)		Oznaczenie podmiotu leczniczego	
Godzina	Zachowanie ¹⁾	Chwilowe uwolnienie ²⁾	Parametry oceniane na podstawie decyzji lekarza nadzorującego lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, jeżeli dotyczy	Uwagi	Imię i nazwisko pielęgniarki kontrolującej stan fizyczny
12:00					
12:15					
12:30					
12:45					
13:00					
13:15					
13:30					
13:45					
14:00					
14:15					
14:30					
14:45					
15:00					
15:15					
15:30					
15:45					
16:00					
16:15					

1) zachowanie: 1. Szarpie się (uderza) 2. Wykrzykuje 3. Płacze 4. Śmieje się 5. Śpiewa 6. Mamrocze 8. Spokojny 9. Przyjęcie posiłku 10. Przyjęcie płynu 11. Usuwa aparaty leczniczą/diagnostyczną 12. Dezorganizuje pracę oddziału 13. Sen 14. Inne (należy wpisać jakie)

2) uwolnienie od unieruchomienia w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych.