ARESSardegna Azienda Regionale Salute SC Accreditamento, Controlli di Appropriatezza, Qualità e Clinical Governance	**Scheda di Monitoraggio del paziente in contenzione**	Edizione Settembre 2022 Pagina 1 di 1

Cognome e Nome del paziente_____ **Data**__/__/____ **ora inizio**_____ **ora fine**_____

Tipo contenzione applicata_____ **n° nosologico** _____

Ora	**1° ora**				**2° ora**				**3° ora**				**4° ora**				**5° ora**				**6° ora**				**7° ora**				**8° ora**			
Minuti	15	30	45	60	15	30	45	60	15	30	45	60	15	30	45	60	15	30	45	60	15	30	45	60	15	30	45	60	15	30	45	60
Fascette																																
Idratazione																																
Diuresi																																
Alvo																																
Sudoraz.																																
Cute																																
P/A																																
FC																																
FR																																
Sat O_2																																
Temperatura corporea																																
Firma Infermiere																																