

<b>Kısıtlama Tarihi:</b>	<b>Saat:</b>	<b>Kısıtlama Kararını Veren Doktor*:</b> <b>İmza:</b>
<b>Kısıtlama Tipi:</b> <input type="checkbox"/> Tip I <input type="checkbox"/> Tip II		<b>Kısıtlama şekli:</b> <input type="checkbox"/> Fiziksel Kısıtlama <input type="checkbox"/> Farmakolojik Kısıtlama
<b>Alternatif Girişimler</b> <input type="checkbox"/> Konuşarak sakinleştirme <input type="checkbox"/> Dikkatini başka yöne çekme <input type="checkbox"/> Mobilizasyon <input type="checkbox"/> Psikolojik destek sağlama <input type="checkbox"/> Ek konsültasyon <input type="checkbox"/> İlaçla Tedavi <input type="checkbox"/> Hasta ile teması artırma <input type="checkbox"/> Diğer Girişimler		<b>Kısıtlama Şekli</b> <input type="checkbox"/> Pozisyon Yeleği/Kemer <input type="checkbox"/> Üst Ekstremitte <input type="checkbox"/> Sağ <input type="checkbox"/> Sol <input type="checkbox"/> Alt Ekstremitte <input type="checkbox"/> Sağ <input type="checkbox"/> Sol <input type="checkbox"/> Kol Tespit Tahtası <input type="checkbox"/> Sağ <input type="checkbox"/> Sol <input type="checkbox"/> Parmaksız Eldiven <input type="checkbox"/> Farmakolojik yöntem ile kısıtlama <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız)..... ..... .....
<b>Kısıtlama Nedeni</b> <input type="checkbox"/> Kendine zarar veriyor <input type="checkbox"/> Çevresine zarar veriyor <input type="checkbox"/> Aşırı ajitasyon <input type="checkbox"/> Oryantasyon bozukluğu <input type="checkbox"/> Tıbbi tedaviye uyumsuzluk <input type="checkbox"/> Düşme tehlikesi mevcut <input type="checkbox"/> Tıbbi ekipmanı çekebilir		<b>Farmakolojik Kısıtlama</b> <b>Farmakolojik Kısıtlama</b> <b>Var Yok</b> <b>İlacın adı Dozu Veriliş yolu Sıklığı Özel kullanım nedeni</b> ..... ..... ..... ..... ..... Değerlendirme zaman aralığı: 30 dk. 60dk. 1.....dk. Dr. Adı/Soyadı: Dr. İmza: Hemş. Adı/Soyadı: Hemş. İmza:
<b>Sonlandırma Tarihi:</b>	<b>Saat:</b>	<b>Kısıtlamayı Sonlandıran Doktor:</b> <b>İmza:</b>
<b>Kısıtlama Sonlandırma Notu:</b>		
<b>Sonlandırma Tarihi:</b>	<b>Saat:</b>	<b>Kısıtlamayı Sonlandıran Doktor:</b> <b>İmza:</b>
<b>Kısıtlama Sonlandırma Notu:</b>		
<b>Ailenin Bilgilendirilmesi:</b> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		<b>Not:</b>

\*Bu sayfa doktor tarafından doldurulacaktır.

\*\*Hasta kimlik barkodu yapıştırınız.

**FİZİKSEL VE FARMAKOLOJİK YÖNTEMLE  
HASTA KISITLAMA VE TAKİP FORMU**

Dokuman No:	YBH.FR.02
Yayın Tarihi:	07.11.2012
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa No:	2/2

.....dakikada bir değerlendirilmeli		İhtiyaç halinde değerlendirilmeli									Değerlendiren Hemşirenin Adı-İmzası
08-18 Şifti	Dolaşım	Kısıtlama	Beslenme	Eliminasyon	Hijyen	Oksijen ihtiyacı	Kısıtlamaya cevap	Mobilizasyon	Kısıtlama sonlandırma	YORUMLAR	
08:00											
09:00											
10:00											
11:00											
12:00											
13:00											
14:00											
15:00											
16:00											
17:00											
18:00											
18-08 Şifti	Dolaşım	Kısıtlama	Beslenme	Eliminasyon	Hijyen	Oksijen ihtiyacı	Kısıtlamaya cevap	Mobilizasyon	Kısıtlama sonlandırma	YORUMLAR	Değerlendiren Hemşirenin Adı-İmzası
19:00											
20:00											
21:00											
22:00											
23:00											
00:00											
01:00											
02:00											
03:00											
04:00											
05:00											
06:00											
07:00											
08:00											

**DOLAŞIM**

- 1)BOZULMAMIŞ
  - 2)RENGİ DEĞİŞMEMİŞ
  - 3)KISITLAMA YERİ ÇÖKMÜŞ
- KISITLAMA KOMPLİKASYONU**
- 1) IV İNFILTRASYON
  - 2) BASI YARASI
  - 3) PSİKOLOJİK BOZUKLUK
  - 4) DUYU KAYBI
  - 5) DİĞER.....

**BESLENME**

- 1) ORAL
- 2) PARENTERAL
- 3) NGS

**ELİNİMASYON**

- 1) VAR 2) YOK
- HİJYEN İHTİYACI**

- 1) VAR 2) YOK

**KISITLAMA SONLANDIRMA**

- 1)EVET 2) HAYIR

**MOBİLİZASYON**

- 1)VAR 2)YOK

**OKSİJEN İHTİYACI**

- 1)VAR 2)YOK

**KISITLAMAYA CEVAP**

- U-UYKULU  
S-SAKİN  
A-AJİTE  
K-KONFÜZE