	FONDAZIONE CASA RIPOSO IMMACOLATA LOURDES ONLUS	<b>PRESCRIZIONE CONTENZIONI E TUTELA PERSONALE CONSENSO INFORMATO ALL'UTILIZZO DI MEZZI DI CONTENZIONE</b>  <b>VERIFICHE PERIODICHE</b>	Rev. 03 del 28.02.2020
---	---	---	------------------------------

## PRESCRIZIONE DI MEZZI DI PROTEZIONE E TUTELA PERSONALE

Data \_\_\_\_\_

**Cognome e nome del paziente/ospite** \_\_\_\_\_

**Il/La sottoscritto/a dott.** \_\_\_\_\_

Preso atto dei seguenti problemi messi in evidenza dal paziente/ospite: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prescrive l'utilizzo dei seguenti mezzi di protezione e tutela personale:

Presidio	Data inizio	Orario di utilizzo	Data verifica

al fine di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*L'utilizzo di tale mezzo/i verrà discusso in equipe, riportato nel PAI, rivisto a cadenza periodica.*

*Il personale socio-sanitario sarà tenuto alla verifica della tolleranza, al controllo, al monitoraggio e alla segnalazione di eventuali effetti collaterali.*

*Il/i parente/i di riferimento o rappresentante legale verrà informato della decisione, e invitato ad esprimere il consenso in forma scritta.*

**reso edotto delle indicazioni e delle modalità di utilizzo nonché dei possibili effetti collaterali**


ACCONSENTE       NON ACCONSENTE

**all'adozione dei mezzi di protezione e tutela personale sopra specificati e nei tempi sopra descritti**

Dichiara, inoltre, di essere stato informato che variazioni della tipologia dei mezzi di protezione e tutela personale utilizzati oppure del loro orario di utilizzo renderanno necessaria la sottoscrizione di un nuovo consenso.

Firma del Medico prescrittore \_\_\_\_\_

Firma del familiare/AdS/tutore \_\_\_\_\_

	<p>FONDAZIONE CASA RIPOSO IMMACOLATA LOURDES ONLUS</p>	<p><b>PRESCRIZIONE CONTENZIONI E TUTELA PERSONALE CONSENSO INFORMATO ALL'UTILIZZO DI MEZZI DI CONTENZIONE</b></p> <p><b>VERIFICHE PERIODICHE</b></p>	<p>Rev. 03 del 28.02.2020</p>
---	--	--	---------------------------------------

Data di verifica \_\_\_\_\_

Mezzi di protezione e tutela personale in uso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tolleranza dei presidi utilizzati: \_\_\_\_\_

Eventuali effetti collaterali/complicanze: \_\_\_\_\_

Motivazione per la prosecuzione dell'utilizzo (con orari e tempistica invariati rispetto a quelli indicati nel modulo di prescrizione – 10 IL 07/06):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prossima verifica: \_\_\_\_\_

*Firma del Medico prescrittore:* \_\_\_\_\_