

ANEXO I

CONTENCIÓN FÍSICA : FORMULARIO DE INDICACIÓN

Nombre:.....

Apellidos:.....

NHC:.....

Servicio:.....

Fecha indicación:...../...../..... Turno: Mañana Tarde Noche

Fdo.:..... Fdo.:.....

DUE responsable

Médico que indicó la contención

Indicaciones de la contención

- Riesgo de lesiones a terceras personas
- Riesgo de lesiones a si mismo
- Riesgo de interrupción grave de procesos terapéuticos (arranque de vías, sondas...)
- Para evitar daños físicos significativos en las instalaciones del servicio (mobiliario...)
- Otros

Tipo de sujeción

- Miembros superiores Miembros inferiores Tórax Todos
- Un miembro superior y otro inferior Un miembro superior otro inferior y un tórax

Situación clínica del paciente

Diagnóstico:.....

Estado:

- Agitado Violento/agresivo Confuso/desorientado Impulsividad suicida

Medios fracasados antes de la contención

- Contención verbal
- Distracción con una actividad
- No fue posible intentar otra alternativa
- Contención farmacológica
- Conversación con un familiar

Neuroleptización rápida

- Si No

Cual:.....

Fdo.:

Médico responsable

Fdo.:

Médico testigo

Si comunicación al juez de guardia anotar fecha:/...../..... a las..... horas.



ANEXO II

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Día mes año

Del inicio de la contención

D./Dña. _____ mayor de edad,

Con DNI _____, internado en el Servicio de _____ del

Hospital General Universitario de Alicante

DECLARA:

Consentir ser sujetado temporalmente con correas a la cama y/o aislado en una habitación preparada para ello, aceptando, si procede, el tratamiento farmacológico adecuado. Mis médicos me han informado que es el único medio de conseguir controlar mi agitación y/o violencia y que seré liberado inmediatamente después de recuperar mi control.

Que solicita voluntariamente ser sujetado con correas a la cama y/o aislado en una habitación preparada para ello. Bien entendido que así como acepto voluntariamente dicha limitación de movimientos, ésta podrá suprimirse en cuanto los médicos lo consideren oportuno o yo se lo solicite voluntariamente.

Que acepta ser sujetado con correas a la cama y/o aislado en una habitación preparada para ello como parte de una terapia de conducta previamente acordada con los médicos que me atienden. Quienes me han explicado detalladamente las indicaciones de ese procedimiento, sus fundamentos y objetivos a alcanzar, aplicados a mi caso, así como la existencia de otros tratamientos diferentes al mismo. Bien entendido que así como acepto voluntariamente dicha limitación de movimientos, ésta podrá suprimirse en cuanto los médicos lo consideren oportuno o yo se lo solicite voluntariamente.

ALICANTE a _____ de _____ de 20__

Fdo.: _____

El paciente (firma, nombre y apellidos)

Los abajo firmantes, hemos puesto en práctica el tipo de sujeción referida por el paciente arriba firmante, por considerar que existen razones clínicas que justifican así hacerlo.

Fdo.: _____ Fdo.: _____

Médico/a

DUE

Revocación del consentimiento

D/Dña _____, con DNI _____

REVOCO el consentimiento anteriormente dado para la realización de este procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco

Fdo: _____

Fecha: _____

Paciente

ANEXO III.

FORMULARIO DEL CONSENTIMIENTO FAMILIAR

Día mes año
del inicio de la contención

D./Dña. _____ mayor de edad,
Con DNI _____,

DECLARA:

Haber sido informado/a por el personal sanitario del Hospital General Universitario de Alicante de la situación clínica de su familiar

D./Dña. _____ internado/a en el
Servicio de _____, y de la necesidad de controlar la misma
mediante contención física y/o aislamiento en una habitación, de forma temporal
Se me ha informado que tal situación precisa una observación cuidadosa realizada por
el personal sanitario. Será finalizada dicha medida terapéutica en el momento que la
situación clínica así lo permita.

A todo lo cual doy mi conformidad.

Fdo.: _____

El familiar (firma, nombre y apellidos)

ALICANTE a _____ de _____ de 20 ____

Los abajo firmantes, hemos puesto en práctica el tipo de sujeción por considerar que
existen razones clínicas que justifican así hacerlo.

Fdo.: _____ Fdo.: _____

Médico/a

DUE

Revocación del consentimiento

D/Dña _____, con DNI _____

REVOCO el consentimiento anteriormente dado para la realización de este
procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la
evolución de la enfermedad que padece el paciente

Fdo.: _____ Fecha: _____

Familiar o allegado

ANEXO IV

COMUNICACIÓN AL JUEZ

ILMO. SR.

D./Dña. _____, Licenciado

Medicina, médico del Hospital Universitario de Alicante, con el debido respeto

COMUNICA A V.I.

Que en el día de la fecha se ha procedido a la restricción temporal de los movimientos del paciente D./Dña _____ de ____ años de edad, en contra de su voluntad, y con carácter urgencia, por estar facultativamente indicado al encontrarse incluido en uno de los supuestos contemplados en el Protocolo de Contención Mecánica de Movimientos de este Hospital.

La finalización de dicha restricción involuntaria de movimientos se realizará cuando la situación clínica del paciente así lo permita.

Lo que informo a V.I. para su conocimiento y efectos oportunos.

En Alicante _____ de _____ de 20 ____

Fdo: Dr/a. _____

ILMO. SR. JUEZ DE GUARDIA DE ALICANTE

DEL DIA: