Hastanın çevreye ve diğer hastalara zarar vermesini önlemek amacıyla yapılır.

Kısıtlama :

Alternatif seçenekler başarısız kaldığında hastanın kendisini ya da diğerlerini yaralanmalardan korumak amacı ile fiziksel aktivitelerinin kontrolünü sağlamak üzere bedenin bir bölümünün hareketlerini kısıtlamaya yarayan fiziksel ya da mekanik ekipmanların kullanımıdır.

Kısıtlama İşleminin Nasıl Yapılacağı:

Hastanın kısıtlama kararı doktor tarafından verir ve hasta tabelasına ne kadar süre ile hastanın kısıtlanacağı yazılıp onaylanır. Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir gözden geçirilir. Hasta, kısıtlanacak bölge (ellerinden, ayaklarından ya da göğüs) için yapılmış fiziksel tespit edicilerle bağlanarak tespit edilir.

İşlemin Tahmini Süresi:

Bu süre içersinde yakından takip edilir ve belli aralıklarla (2 saat aralıkla veya doktor istemine göre) kısıtlamaya ara verilir.

Kısıtlama İşleminin Kim Tarafından Yapılacağı:

Kısıtlama işlemi sağlık çalışanı tarafından uygulanır.

Kısıtlama İşleminin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sonuçlar:

-Hasta çevresine ve kendisine (diğer hastalara, hasta yakınlarına, çalışanlara, hastane bina, araç ve gereçlerine) zarar verebilir.
- Tedavi amacıyla takılmış olan sonda, serum vb. kateterleri hortumlarını çekerek yaralanabilir. Bunun sonucunda cerrahi işlem gereksinimi doğabilir.
- Hastanın yataktan düşmesine neden olabilir.
-Uygulanacak olan tedavilerin uygulanmasına engel olunabilir.
- Ajitasyon (huzursuz, taşkınlık yapan), konfüzyon (bilinç bulanıklığı) ve demans (bunama) nedeniyle bilinçsizce yapılan hareketlerden(çarpma, düşme vb) dolayı ölümler görülebilir.

Kısıtlamanın Alternatif Seçenekleri :

- Konuşarak sakinleştirme
- Dikkatin başka yöne çekilmesi
- Personelin hasta ile iletişiminin artırılması
-Uygunsa mobilizasyon
- Psikiyatri desteği
- Çocuk hastada ebeveyn desteği
- Ek konsültasyondur
- Alternatif seçeneklerin başarısız veya yetersiz olması halinde kısıtlama yolu seçilir
- Bu işlemin alternatifi yoktur

Kısıtlama işleminin Riskleri/ Komplikasyonları :

- Boğulma
- Dolaşım bozukluğu
- Kardiyopulmoner sistem fonksiyonlarında bozulmalar
- Solunum sıkıntısı
- Cilt bütünlüğünde bozukluk, sıyrık, basınç ülseri ekimoz
- Kontraktür
- Kas güçsüzlüğü kırıklar
- Yeterli besin ve sıvı alamama
- Aspirasyon
- Ajitasyon, konfüzyon
- Otonomi ve bütünlüğün kaybedilmesi
- Kendini hapsedilmiş hissetme

Kısıtlama İşleminden Beklenen Faydalar:

– Yatağa bağımlı hastalarda uygun postürü (vücudun duruşu) koruyarak kas ve eklem kontraktürü (eklemin kalıcı olarak kasılması) gelişmesini önlemek ya da bakım ve tedavi girişimlerini uygulamak

– Hasta hareketlerini kontrol altında tutarak tüp, dren ve tıbbi araç bağlantılarını çekip çıkarmasını ve kendisine zarar vermesini önlemek

– Hastaları sakinleştirmek

– Hastanın yataktan düşmesini önlemek

- Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi tedavi konusunda ve bu tedavinin gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi aldım.
- İşlem sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri bana ayrıntıları ile anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği bana anlatıldı.
- Kimlik bilgilerim ifşa edilmemek kaydıyla, hastalığımla ilgili tüm tıbbi veriler ile her türlü tetkik materyallerinin ve tetkik sonuçlarının eğitim ve bilimsel çalışma amaçlı olarak kullanılabileceği bana anlatıldı. Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada vazgeçebileceğimi biliyorum.

Not: Lütfen el yazınızla “Okudum, anladım ve kabul ediyorum” yazınız ve imzalayınız.

Hastanın veya Yakınının
Adı – Soyadı :
Tarih / Saat : ___/___/_____ ___:___
İmza :

Ben “Bilgilendirme ve Rıza Belgesinin” içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım .

İŞLEMİ YAPAN (Hekim)
Adı – Soyadı :
Kaşe / İmza :
Tarih / Saat :____/____/_____ ___/___

TERCÜMANIN (İhtiyaç duyulması halinde)
Adı – Soyadı :
Tarih / Saat :____/____/_____ ___/___