\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Załącznik nr 1

(miejscowość, data)

Pan/ Pani ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko kierownika oraz nazwa podmiotu leczniczego)

**ZAWIADOMIENIE**

**o zastosowaniu przymusu bezpośredniego**

na podstawie § 16 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. poz. 740)

1. W dniu ……………………………………………………………… o godz. …………………………………………………………………

Wobec Pana (Pani)…………………………………………………………………………………………………………………………....

(imię i nazwisko)

Pacjenta (pacjentki) oddziału……………………………………………………………………………………………………………..

1. Zastosowano przymus bezpośredni w formie ……………………………………………………………………………………
2. Zlecenie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego wydał/a

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

(czytelne imię i nazwisko oraz stanowisko zlecającego)

1. Zlecenie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego zatwierdził/a

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

(czytelne imię i9 nazwisko oraz stanowisko zatwierdzającego)

1. Okoliczności zastosowania przymusu bezpośredniego:
2. Przyczyny …………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Osoby wykonujące (imię i nazwisko) ………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Przebieg ………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Skutki zastosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia pacjenta (pacjentki) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
2. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedzono o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty tak/nie

Ocena lekarza zatwierdzającego zastosowanie przymusu bezpośredniego\*:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ocena kierownika podmiotu leczniczego lub upoważnionego lekarza o zastosowaniu przymusu bezpośredniego:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………… ………………………………………….. ………………………………………….

Podpis zlecającego Podpis zatwierdzającego\* Podpis kierownika podmiotu

(pielęgniarki/lekarza) (lekarza) leczniczego/upoważnionego lekarza

\*Wypełnić w przypadku zlecenia zastosowania przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę