



HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA
Kod Dokumen: HSAAS/PSY/BR80

BORANG ARAHAN KEKANGAN (*RESTRAINT*) FIZIKAL PESAKIT

Nama Pesakit		Umur		Jantina	L / P
No. K/P		Masa		Tarikh	
Diagnosis		Arahan oleh			
Jenis Borang Kemasukan		Lokasi Pengekangan			

DIISI OLEH PEGAWAI PERUBATAN / KETUA UNIT / KETUA SHIFT

1. Indikasi untuk pengekangan <i>(sila tandakan ✓ di kotak yang berkaitan)</i>	2. Langkah-langkah yang diambil sebelum pengekangan <i>(sila tandakan ✓ di kotak yang berkaitan)</i>
<input type="checkbox"/> Untuk rawatan perubatan	<input type="checkbox"/> Mententeramkan
<input type="checkbox"/> Mencegah cederakan diri sendiri	<input type="checkbox"/> Mendengar luahan
<input type="checkbox"/> Mencegah cederakan orang lain	<input type="checkbox"/> Menerangkan akibat luahan
<input type="checkbox"/> Mencegah rosakkan harta benda	<input type="checkbox"/> Menerangkan akibat kelakuan
<input type="checkbox"/> Keliru/Celaru (<i>confused/delirious</i>)	<input type="checkbox"/> Arahan yang jelas
<input type="checkbox"/> Mengantuk akibat ubatan (<i>sedated</i>)	<input type="checkbox"/> Memberi makan ubat
<input type="checkbox"/> Atas permintaan pesakit	<input type="checkbox"/> Persetujuan (Jika kemasukan Borang 1)
Lain-lain (sila jelaskan):	Lain-lain (sila jelaskan):

Tarikh dan masa kekangan dimulakan:

Tarikh: _____ Masa: _____ AM/PM (**potong yang yang tidak berkaitan*)

Jenis kekangan (*sila tandakan ✓ di kotak yang berkaitan*)

2-point 3-point 4-point Pengekangan badan

Nama Pegawai Perubatan yang meluluskan pengekangan :

Tarikh dan masa Pegawai Perubatan diberitahu tentang pengekangan:

Tarikh: _____ Masa: _____ *AM/PM (**potong yang yang tidak berkaitan*)

Tarikh dan masa Pegawai Perubatan membuat pemeriksaan pesakit yang dikekang:

Tarikh: _____ Masa: _____ *AM/PM (**potong yang yang tidak berkaitan*)

Ulasan Pegawai Perubatan / Ketua Unit / Ketua Shift:

3. Ubatan yang telah diberikan jika ada (sila tandakan ✓ di kotak yang berkaitan)

✓	Nama Ubat	Dos (mg)	Frekuensi	Tarikh	Masa	Tandatangan
	IM Haloperidol					
	IM Clopixon Acuphase					
	IM Midazolam					
	IM / IV* Diazepam					
	T. Olanzapine Zydis					
	T. Olanzapine					
	T. Haloperidol					
	T. Lorazepam					
	T. Diazepam					
	Lain-lain (nyatakan)					

Catatan: Sila dokumentasi ubat yang diberikan di carta pengubatan dan fail rekod pesakit seperti biasa

4. Semakan peralatan yang digunakan (sila tandakan ✓ di kotak yang berkaitan)

	Katil pengekangan
	Kerusi pengekangan
	Perikatan pengekangan yang berlapis dan bahan yang sesuai
	Lain-lain peralatan yang disetujui oleh Ketua Pengarah (nyatakan):

5. Ringkasan

Jumlah masa pengekangan: _____ *minit / jam (*potong yang yang tidak berkaitan)

Komplikasi (jika ada):

Tandatangan Pegawai Perubatan & Cop :

BORANG PEMANTAUAN PENGEKANGAN PESAKIT (DIISI OLEH JURURAWAT/PENOLONG PEGAWAI PERUBATAN)

Masa	Tempoh pengawasan	Keadaan anggota badan di tempat kekangan	Keadaan mental pesakit	Denyutan nadi /min	Tekanan darah (mmHg)	Minum (mL)	Makan (Jenis/Jumlah)	Keperluan tandas	Nama Staf
	0 min								
	15 min								
	30 min								
	45 min								
	60 min (1 jam)								
	75 min								
	90 min								
	105 min								
	120 min (2 jam)								
	135 min								
	150 min								
	165 min								
	180 min (3 jam)								
	195 min								
	210 min								
	225 min								
	240 min (4 jam)								

Pemeriksaan semula oleh Pegawai Perubatan selepas 4 jam pertama kekangan: Dibuka Diteruskan (*tandakan v yang berkaitan*)

Waktu melepaskan kekangan: _____ *AM/PM (**potong yang yang tidak berkaitan*)

Nama Pegawai / Staf yang menghentikan pengekangan : _____

Ulasan Pegawai Perubatan tentang keadaan pesakit : _____

Tandatangan & cop Pegawai Perubatan :

Peringatan: Sila maklumkan kepada Pegawai Perubatan untuk pemeriksaan setiap 4 jam jika pengekangan diteruskan.

BORANG PEMANTAUAN PENGEKANGAN PESAKIT (DIISI OLEH JURURAWAT/PENOLONG PEGAWAI PERUBATAN)

Masa	Tempoh pengawasan	Keadaan anggota badan di tempat kekangan	Keadaan mental pesakit	Denyutan nadi /min	Tekanan darah (mm Hg)	Minum (mL)	Makan (Jenis/Jumlah)	Keperluan tandas	Nama Staf
	255 min								
	270 min								
	285 min								
	300 min (5 jam)								
	315 min								
	330 min								
	345 min								
	360 min (6 jam)								
	375 min								
	390 min								
	405 min								
	420 min (7 jam)								
	435 min								
	450 min								
	465 min								
	480 min (8 jam)								

Pemeriksaan semula oleh Pegawai Perubatan selepas 4 jam kedua kekangan: Dibuka Diteruskan (*tandakan v yang berkaitan*)

Waktu melepaskan kekangan: _____ *AM / PM (**potong yang yang tidak berkaitan*)

Nama Pegawai / Staf yang menghentikan pengekangan : _____

Ulasan Pegawai Perubatan tentang keadaan pesakit : _____

Tandatangan & cop Pegawai Perubatan :

Peringatan: Sila maklumkan kepada Pegawai Perubatan untuk pemeriksaan setiap 4 jam jika pengekangan diteruskan. Jika tempoh kekangan fizikal melebihi 8 jam, pakar psikiatri hendaklah mengkaji semula sebab-sebab kekangan dan merujuk kepada keadaan am, tahap kesedaran dan keadaan mental pesakit.