**住院患者保护性约束使用知情同意书**

姓名  
床号:  
住院号:  
尊敬的病员(亲属) 您好:  
为避免患者坠床、非计划拔管的危险等意外情况的发生，保障患者生命安  
全，使治疗和护理工作能有效的按序进行，我们从医疗专业的角度出发，给予  
患者采取保护性约束，当患者清醒，能配合治疗和护理时，我们会及时解除约  
束。我们真诚地希望您能理解和支持我们的工作。  
一、约束指征: 口有创通气、各类插管口躁动不安口神志不清、意识  
口不能沟通或沟通困难  
障碍  
口不能配合治疗和护理工作口其它因素  
二、约束目的: 口预防坠床口预防自拔管道  
口预防自伤口协助治疗  
(短期)  
口其它因素  
E、约束方式: 口约束带  
口约束背心  
口约束手套口其它  
四、约束部位: 口手腕口膝部口足踝口躯干  
口其它  
五、约束易出现的并发症:  
1.局部皮肤红肿、破溃;  
2.关节脱位、骨折;  
3.其他不可预知的意外情况。  
亲属签名:  
我已详细阅读以上内容，对护士告知表示完全  
理解，同意病人  
因病情、治疗、护理需要，由护士协助执行保  
护性约束治疗。  
同意人:  
与患者的关系:  
护士签名:  
医生签名:  
年月日  
时  
分