

Ime in priimek pacienta: _____**Datum rojstva:** _____**Stalno/začasno bivališče:** _____**Datum/ ura uvedbe PVU:** _____**Zdravnik, ki je odredil PVU (podpis):** _____

Izpolni zdravnik (podpis):	DA	NE
Ocena potrebe po uporabi PVU		
Po potrebi asistenca varnostnika ali policije		
Uvedba pomirjevalne in / ali antipsihotične terapije		
Ureditev dokumentacije		

Izpolni MS (podpis):	DA	NE
Izvedba PVU		
Vzpostavitev komunikacije z pacientom		
Preprečiti možnost samopoškodbe		
Preprečiti možnost poškodbe drugih so pacientov		
Preprečiti namerno uničevanje inventarja bolnišnice		
Odstranitev morebitnih provokativnih dejavnikov (luč, glasba, ropot)		
Zagotovitev aplikacij terapije po naročilu zdravnika		
Stalen nadzor pacienta		
Opazovanje psihofizičnega stanja pacienta		
Obveščanje zdravnika o spremembah zdravstvenega stanja pacienta		
Dokumentiranje vseh opazanj pri pacientu		
Obveščanje svojcev		