

MODULO SEGNALAZIONE AGGRESSIONE

Compilare ed inviare a: SS QUALITA', RISK MANAGEMENT, URP ALL'INDIRIZZO urp@aslcn2.it

PROPRIO RESPONSABILE / DIRETTORE DI STRUTTURA (DIRIGENTE)

PROPRIO COORDINATORE (PREPOSTO)

Data dell'evento: ____/____/____

Ora/Fascia oraria (mattino, pomeriggio, notte): _____

Dati della persona che ha subito l'aggressione:

Sesso _____ Età _____ Matricola _____

Cognome e nome _____

Qualifica professionale _____

Struttura di appartenenza _____

Luogo fisico dell'aggressione (reparto, ambulatorio, sala d'attesa, ufficio, atrio, ascensore, cortile, ecc): _____

Attività al momento dell'aggressione _____

Responsabile dell'aggressione:

- Utente/Paziente
- Parente/Caregiver/Conoscente/Visitatore
- Estraneo

Per ogni quesito è possibile
segnare più di una casella

Se persona identificata inserire le generalità

Tipologia dell'evento:

Aggressione verbale:

- Insulto e/o offesa - espressioni verbali a tono elevato
- Minaccia - gesto violento senza contatto
- Altro _____

Aggressione fisica:

- Gesto violento con contatto fisico (spinta, schiaffo, pugno, calcio, sputo)
- Lancio di oggetti / corpi contundenti
- Altro _____

Danni contro la proprietà Sì No

Descrizione sintetica dell'evento:

Eventuali Testimoni Sì No

Numero totale operatori coinvolti _____

L' evento ha comportato:

- Nessun intervento
- Interruzione dell'attività lavorativa
- Cure mediche sul luogo dell'aggressione o nella Struttura di appartenenza
- Accesso in Pronto Soccorso / Ricovero Ospedaliero
- Infortunio INAIL
- Intervento delle Forze dell'Ordine

DATA

FIRMA DEL DICHIARANTE
