

SCHEDA SEGNALAZIONE AGGRESSIONI			
(compilazione a cura dell'operatore o del responsabile)			
DATI PERSONALI OPERATORE			
COGNOME:			NOME:
UO :			QUALIFICA:
SESSO: M	F		
DATA DI NASCITA:			
LUOGO DELL'AGGRESSIONE:			
DATA DELL'AGGRESSIONE:		ORA DELL'AGGRESSIONE:	
AGGRESSORE:		paziente/utente	
indicare se si tratta di:		parente/visitatore	
		altro.....	
Aggressione verbale (indicare il livello)			
<input type="checkbox"/>	Usò di espressioni verbali aggressive (tono elevato, insulti, altro)		
<input type="checkbox"/>	Impiego di gesti violenti (senza contatto fisico)		
<input type="checkbox"/>	Minaccia		
Aggressione fisica (indicare il livello)			
<input type="checkbox"/> Contatto	<input type="checkbox"/> Spinta	<input type="checkbox"/> Pugno	<input type="checkbox"/> Calcio
	<input type="checkbox"/> Altro.....		
<input type="checkbox"/>	Usò di corpo contundente come arma impropria		
<input type="checkbox"/>	Usò di arma.....		
<input type="checkbox"/>	Altro.....		
Descrizione sintetica dell'aggressione:			
Eventuali testimoni:			
Necessità di cure:		NO	SI
Se sì:	<input type="checkbox"/> Cure domiciliari	<input type="checkbox"/> Pronto soccorso	<input type="checkbox"/> Ricovero ospedaliero
È stata presentata denuncia:			
<input type="checkbox"/>	all' INAIL	NO	SI
<input type="checkbox"/>	all'Autorità Giudiziaria:	NO	SI
Allegati al presente modulo:			
<input type="checkbox"/>	copia cartacea della denuncia presentata alle autorità competenti		<input type="checkbox"/> foglio dimissione ospedaliera
<input type="checkbox"/>	copia referto pronto soccorso		

Data

Firma del Dichiarante