

	ASL PESCARA		Revisione 01
	U.O.S.D. RISK MANAGEMENT Dr.ssa Annamaria Ambrosi Tel. 085 4253523- e-mail annamaria.ambrosi@ausl.pe.it		Anno emissione 2017
Sito web www.ausl.pe.it	<h2 style="margin: 0;">SCHEDA DENUNCIA AGGRESSIONE</h2>		<i>Redazione</i> Dr.ssa Annamaria Ambrosi Dr.ssa Rosangela Antuzzi
Il presente modulo, compilato in ogni sua parte ed in maniera leggibile, deve essere inviato via e-mail a: U.O.S.D. RISK MANAGEMENT - riskmanagement@ausl.pe.it U.O.S.D. UFF. PREVENZIONE. e PROTEZIONE per la SICUREZZA INTERNA - franco.caracciolo@ausl.pe.it - RSPP - antonio.busich@ausl.pe.it DIREZIONE DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA			
DATI PERSONALI DEL DIPENDENTE/DENUNCIANTE		Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Cognome:	Nome:	N°. Matr.	
Luogo di nascita:	()	Data di nascita	/ /
Struttura/UO di appartenenza:	Qualifica:		
Residente/domiciliato/a Comune: _____ () CAP: _____			
Via: _____ N°. _____ (facoltativo) Tel. _____			
Descrizione sintetica dell'aggressione/lesioni riportate:			
Luogo dell'aggressione:		Data: / /	Ora:
AGGRESSORE	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Paziente <input type="checkbox"/> Visitatore <input type="checkbox"/> Parente <input type="checkbox"/> Altro _____		
AGGRESSIONE VERBALE (indicare livello)	AGGRESSIONE FISICA (indicare livello)		
<input type="checkbox"/> Uso di espressioni verbali aggressive (tono elevato, insulti) Altro: _____ <input type="checkbox"/> Impiego di gesti violenti (senza contatto fisico) <input type="checkbox"/> Minaccia/e	Contatto fisico: <input type="checkbox"/> Spinta <input type="checkbox"/> Schiaffo <input type="checkbox"/> Pugno <input type="checkbox"/> Calcio <input type="checkbox"/> Altro: _____ <input type="checkbox"/> Lancio di oggetti: _____ <input type="checkbox"/> Uso di corpo contundente: _____ <input type="checkbox"/> Uso di arma: _____ <input type="checkbox"/> Altro _____		
TESTIMONI presenti all'evento: <input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Altro paziente <input type="checkbox"/> Familiare/Accompagnatore <input type="checkbox"/> Personale sanitario <input type="checkbox"/> Altro _____ Eventuale recapito: _____	NECESSITA' DI CURE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cure domiciliari <input type="checkbox"/> Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> Ricovero ospedaliero <input type="checkbox"/> Controllo ambulatoriale <input type="checkbox"/> Supporto psicologico <input type="checkbox"/> Altro _____		
GIORNI DI ASSENZA DAL LAVORO: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Se sì quanti _____	Procedure formali avviate: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se sì: <input type="checkbox"/> Polizia di Stato <input type="checkbox"/> Carabinieri <input type="checkbox"/> INAIL Indirizzo: _____		
E' stato richiesto l'intervento della Forze dell'Ordine?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
L'evento poteva essere prevenuto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se sì, come? _____			
ALLEGATI al presente MODULO (copie):			
<input type="checkbox"/> denuncia <input type="checkbox"/> referto di Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> foglio di dimissione <input type="checkbox"/> certificati medici <input type="checkbox"/> esami diagnostici			
Data		Firma leggibile del dichiarante	
_ / _ / _		_____	