

	<b>Azienda Sanitaria Locale di Pescara</b>		Revisione 01
	<b>U.O.S. RISK MANAGEMENT</b> Dirigente medico Dr.ssa Annamaria Ambrosi Tel 0854253523- e-mail <a href="mailto:annamaria.ambrosi@asl.pe.it">annamaria.ambrosi@asl.pe.it</a>		Anno emissione 2017
Sito web <a href="http://www.asl.pe.it">www.asl.pe.it</a>	<b>SCHEDA DENUNCIA AGGRESSIONE</b>		<i>Redazione</i> Dr.ssa Annamaria Ambrosi Dott.ssa Rosangela Antuzzi
Il presente modulo, compilato in ogni sua parte ed in maniera leggibile, deve essere inviato via e-mail a: UOS RISK MANAGEMENT - <a href="mailto:riskmanagement@asl.pe.it">riskmanagement@asl.pe.it</a> UOS UFF. PREVENZIONE. e PROTEZIONE per la SICUREZZA INTERNA - <a href="mailto:antonio.busich@asl.pe.it">antonio.busich@asl.pe.it</a> DIREZIONE DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA			
<b>DATI PERSONALI DEL DIPENDENTE/DENUNCIANTE</b>		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. _____			
<b>Descrizione sintetica dell'aggressione/lesioni riportate:</b>			
Luogo dell'aggressione:		Data: / /	Ora:
<b>AGGRESSORE</b>		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 _____	
<b>AGGRESSIONE VERBALE (indicare livello)</b>		<b>AGGRESSIONE FISICA (indicare livello)</b>	
<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:		NECESSITA' DI CURE      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Altro paziente <input type="checkbox"/> Familiare/Accompagnatore <input type="checkbox"/> Personale sanitario <input type="checkbox"/> Altro _____		<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 _____	
Eventuale recapito:			
GIORNI DI ASSENZA DAL LAVORO:		Procedure formali avviate: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI      Se sì quanti _____		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	
_ / _ / _		_____	

