

		Modulo	Codifica SPP/PSI/ADV	Rev. 2.0 17/04/2013	Pag. 1 di 2
<b>Scheda di segnalazione atti di violenza in orario di lavoro</b>					

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_ Sede Operativa \_\_\_\_\_

**Descrizione evento:**

Luogo dell'atto di violenza (specificare indirizzo se conosciuto) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N° SCHEDA DI SOCCORSO \_\_\_\_\_

Data dell'atto di violenza \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Orario dell'atto di violenza \_\_\_\_\_

N. aggressori \_\_\_\_\_

Autore/i dell'atto di violenza

Il paziente  I familiari  I passanti  I Suoi colleghi  Altri sanitari

Modalità dell'atto di violenza \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indicare i probabili motivi dell'atto di violenza \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Conseguenze:**

Ha avuto danni fisici? SI NO

L'aggressore ha causato danni materiali? SI NO di che tipo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il soccorso è stato comunque effettuato? SI NO

		Modulo	Codifica SPP/PSI/ADV	Rev. 2.0 17/04/2013	Pag. 2 di 2
<b>Scheda di segnalazione atti di violenza in orario di lavoro</b>					

**Forze dell'ordine:**

Sul luogo dell'atto di violenza erano presenti le Forze dell'Ordine SI\* NO\*\*

\*(se presenti) Le Forze dell'ordine sono intervenute in Sua difesa? SI NO

\*\* (se non presenti) In seguito all'atto di violenza sono state chiamate le Forze dell'ordine? SI NO

Una volta chiamate, le Forze dell'ordine sono intervenute in Sua difesa? SI NO

**Denuncia:**

In seguito all'atto di violenza ha fatto denuncia di infortunio? SI NO

In seguito all'atto di violenza è stata fatta denuncia all'autorità giudiziaria? SI NO

Chi ha presentato la denuncia?

lei stesso  un collega  il caposala  il Dirigente UOS  il Direttore CO  L'Azienda

è stata fatta d'ufficio dalle Forze dell'ordine

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il sottoscritto autorizza l'Azienda ARES 118 Lazio al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 196/03 per le finalità inerenti la valutazione dei rischi lavorativi e del rischio clinico.

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_