

Allegato 1 da inviare a:Direzione Medica di Presidio - segreteria.po@aouss.itSSD Qualità, accreditamento, clinical governance e risk management - qualita.produzione@aouss.itSSD Servizio Prevenzione e Protezione - spp@aouss.itSSD Sorveglianza Sanitaria - sorveglianza.sanitaria@aouss.it**MODELLO DENUNCIA AGGRESSIONE
(COMPILAZIONE A CURA DEL DENUNCIANTE)**

DATI PERSONALI DEL DIPENDENTE		
NOME:	COGNOME:	MATR.
Struttura di appartenenza:	Qualifica:	
LUOGO DI NASCITA:		
DATA DI NASCITA (giorno/mese/anno):		
SESSO: M F	COD. FISC.:	
INDIRIZZO	CAP:	
COMUNE:	PROV:	
Indicare data, ora e luogo dell'aggressione:		
AGGRESSORE		
Indicare se trattasi di:		
<input type="checkbox"/>	paziente ricoverato	
<input type="checkbox"/>	paziente pronto soccorso	
<input type="checkbox"/>	parente/visitatore	
<input type="checkbox"/>	altro	

INFORMAZIONI SULL'AGGRESSORE

SESSO: M F

ETA'

NAZIONALITA':

DISABILITA':

ALTRO:

AGGRESSIONE VERBALE (Indicare livello)

- Y **Uso di espressioni verbali aggressive (tono elevato, insulti, altro)**
- Y **minacce**

AGGRESSIONE FISICA (indicare livello)

- Y **Contatto;** **spinta** **schiaffo** **pugno** **calcio**
altro.....
- Y **Uso di corpo contundente come arma impropria**
- Y **Uso di arma**

Altro

MOTIVAZIONE (anche presunta):

- Y **tempi d'attesa**
- Y **difficoltà comunicative**
- Y **richiesta prestazioni non necessarie**
- Y **disaccordo sul percorso diagnostico terapeutico**
- Y **altro**

Descrizione sintetica dell'aggressione

Eventuali testimoni:

Lesioni riportate:

Necessità di cure: **NO** **SI**

Se si:

- Y **cure domiciliari**
- Y **Pronto Soccorso**
- Y **Ricovero ospedaliero**

Giorni di assenza al lavoro: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI specificare.....
E' stata presentata denuncia all'Autorità Giudiziaria <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Se si: Polizia di Stato <input type="checkbox"/> Carabinieri <input type="checkbox"/>
Indirizzo:

Allegati al presente modulo:

- Copia cartacea della denuncia presentata alle autorità competenti**
- Copia referto di Pronto Soccorso**
- Foglio dimissione ospedaliera**

Data / /

Firma del dichiarante
