AZIENDA OSPEDALIERA SANTA MARIA TERNI

Regione Umbria

ALLEGATO 1 fac-simile scheda di rilevazione indagine conoscitiva sul rischio violenza

DATI PERSONALI DEL DIPENDENTE	
NOME E COGNOME	
QUALIFICA	
UO/SERVIZIO DI APPARTENENZA: PRESIDIO/DISTRETTO	
LUOGO DI NASCITA	
DATA DI NASCITA (giorno, mese, anno)	
SESSO M F	
INDIRIZZO	CAP
COMUNE	PROV.
INDICARE DATA ORA E LUOGO DELL'AGGRESSORE	

AGGRESSORE

Indicare se trattasi di:

( ) paziente ricoverato
( ) paziente in pronto soccorso
( ) paziente ambulatoriale o parente / visitatore
( ) altro

AGGRESSIONE VERBALE (indicare il livello)

( ) Uso di espressioni verbali aggressive(tono elevato ,insulti, altro)
( ) Impiego di gesti violenti (senza contatto fisico) o minaccia

AGGRESSIONE FISICA (indicare il livello)

( ) contatto() spinta() schiaffo() pugno()calcio() altro.....
( ) uso di un corpo contundente come arma impropria.....
( ) uso di arma.....
( ) altro.....

Eventuali testimoni

Richiesta intervento di altri soggetti (polizia, carabinieri, ecc) () si () no

Specificare: .....

DESCRIZIONE DELL'EVENTO (che cosa è successo?)

FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUITO ALL'EVENTO (è possibile indicare più risposte)

Diagnosi psichiatrica ()	Staff inadeguato/insufficiente ()
Deficit cognitivo ()	Insufficiente addestramento/inserimento ()
Uso di droghe o alcool ()	Gruppo nuovo/inesperto ()
Barriere linguistiche/culturali ()	Elevato turn-over ()
Mancata adesione al progetto terapeutico ()	Scarsa continuità assistenziale ()
Vittima di trauma o violenza ()	Mancata /inadeguata comunicazione ()
Paziente non soddisfatto dell'assistenza ()	Mancata supervisione ()
Altro :	Mancato coordinamento ()
Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure ()	Scarso lavoro di gruppo ()

AZIENDA OSPEDALIERA SANTA MARIA TERNI

Regione Umbria

ALLEGATO 1

Inadeguate conoscenze ()		Tempo di attesa ()	
Mancata formazione ()		Inadeguatezza strutturale ()	
Altro:.....		Altro:.....	
L'evento è stato segnalato come infortunio?	() si	() no	
Lesioni riportate:			
Necessità di cure: **Se si :** () Cure domiciliari () Pronto soccorso () Ricovero ospedaliero	() si	() no	

Data.....

Nome e Firma del responsabile/coordinatore

.....

Nome e Firma operatore*

.....

* il nome può essere omesso