

rev. 0.0 2023

Al Direttore Distretto/Presidio/Dipartimento: _____

DATI PERSONALI DELL'AGGREDITO			
NOME		COGNOME	
DATA DI NASCITA		SESSO	M F
UNITA' OPERATIVA		PRESIDIO DI APPARTENENZA	
QUALIFICA			
DATA, ORA e LUOGO DELL'AGGRESSIONE			
AGGRESSORE		SESSO	M F
		Età (se nota) _____	
<input type="checkbox"/> PAZIENTE RICOVERATO <input type="checkbox"/> PARENTE <input type="checkbox"/> AMICO		<input type="checkbox"/> ESTRANEO <input type="checkbox"/> VISITATORE	
AGGRESSIONE VERBALE (Indicare livello)			
<input type="checkbox"/> uso di espressioni verbali aggressive (tono elevato, insulti, altro) <input type="checkbox"/> minacce			
AGGRESSIONE FISICA (indicare livello)			
<input type="checkbox"/> contatto <input type="checkbox"/> spinta <input type="checkbox"/> schiaffo <input type="checkbox"/> pugno <input type="checkbox"/> calcio <input type="checkbox"/> altro.....		<input type="checkbox"/> Uso di corpo contundente come arma impropria <input type="checkbox"/> Uso di arma <input type="checkbox"/> Altro.....	
MOTIVAZIONE (anche presunta):			
<input type="checkbox"/> tempi d'attesa <input type="checkbox"/> difficoltà comunicative		<input type="checkbox"/> richiesta prestazioni non necessarie <input type="checkbox"/> disaccordo sul percorso diagnostico terapeutico <input type="checkbox"/> altro	
Descrizione sintetica dell'aggressione			
Lesioni riportate:			
Necessità di cure: NO SI Se si:			
<input type="checkbox"/> Cure domiciliari		<input type="checkbox"/> Pronto Soccorso	
<input type="checkbox"/> Ricovero ospedaliero			
Giorni di assenza al lavoro: NO SI specificare.....			
E' stata presentata denuncia all'Autorità Giudiziaria NO SI			
<input type="checkbox"/> Se si: Polizia di Stato <input type="checkbox"/> Carabinieri			
E' stata presentata denuncia all'INAIL NO SI			

Allegati al presente modulo:

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

Data _____

Firma del dichiarante
