



AZIENDA USL PESCARA

Ufficio di Coordinamento per la Gestione del Rischio Clinico

Dirigente medico responsabile: Dott.ssa AnnaMaria Ambrosi

Tel 0854253025 / fax 0854253080 e-mail annamaria.ambrosi@ausl.pe.it

REV. 0/2013	ALL. 4
	MODULO DENUNCIA AGGRESSIONE Compilazione a cura del denunciante

DATI PERSONALI DEL DIPENDENTE

NOME:	COGNOME:	MATR.:
LUOGO DI NASCITA:	DATA DI NASCITA: _____	
U.O. DI APPARTENENZA:	QUALIFICA	
SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	CODICE FISCALE:	
INDIRIZZO:	CAP:	
COMUNE:	PROV.:	
Indicare: data _____ ora _____ luogo dell'aggressione: _____		
AGGRESSORE - Indicare se trattasi di: <input type="checkbox"/> Paziente ricoverato <input type="checkbox"/> Paziente in Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> Paziente Ambulatoriale <input type="checkbox"/> Parente / Visitatore <input type="checkbox"/> Altro _____		
Aggressione Verbale (indicare livello) <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		
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 _____		

a) Descrizione sintetica dell'aggressione:

b) Eventuali testimoni:

1.

2.

3.

4.

c) Esito dell'evento:

1) Descrizione tipo esito dell'evento

2) Lesioni riportate:

3) Necessità di cure:

☐ No ☐ Si

Se si:

- ☐ Cure domiciliari
- ☐ Pronto soccorso
- ☐ Ricovero ospedaliero

d) Giorni di assenza dal lavoro: ☐ No ☐ Si (specificare)

E' stata presentata denuncia all'Autorità Giudiziaria: ☐ No ☐ Si

Se si: ☐ Polizia di Stato ☐ Carabinieri

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

Da consegnare/ inviare: all' Ufficio Gestione Rischio Clinico (in busta chiusa)