INVIARE A: rischioclinico@aslroma1.it

SCHEDA DI SEGNALAZIONE AGGRESSIONE				
COGNOME E NOME	<input type="text"/>	SESSO	☐ M ☐ F	ANNO DI NASCITA
UO/SERVIZIO	<input type="text"/>	QUALIFICA	<input type="text"/>	
DATA EVENTO	<input type="text"/>	ORA EVENTO	<input type="text"/>	
GIORNO EVENTO	☐ L ☐ M ☐ Me ☐ G ☐ V ☐ S ☐ D		TURNO DI SERVIZIO ☐ Mattina ☐ Pomeriggio ☐ Notte	
L'AGGRESSIONE HA INTERESSATO PIU' OPERATORI?	☐	☐ NO ☐ SI (compilare anche la seconda pagina della scheda)		
DESCRIVERE SINTETICAMENTE L'EVENTO				
<input type="text"/>				
TIPOLOGIA DELL'AGGRESSORE (è possibile barrare più caselle)	☐ Paziente ricoverato ☐ Paziente in P.S. ☐ Paziente ambulatoriale ☐ Parente/Visitatore		☐ Utente ☐ Estraneo ☐ Altro (specificare) <input type="text"/>	
AGGRESSIONE VERBALE (è possibile barrare più caselle)	☐ uso di espressioni verbali aggressive (tono di voce elevato, insulti) ☐ Gesti violenti senza contatto fisico ☐ Minaccia			
AGGRESSIONE FISICA (è possibile barrare più caselle)	☐ Contro Oggetti ☐ Contro se stesso ☐ Contro altre persone ☐ Uso di corpo contundente		☐ Uso di arma ☐ Altro (specificare) <input type="text"/>	
FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUITO ALL'EVENTO (è possibile barrare più caselle)	☐ Tempo di attesa prolungato ☐ Sala di attesa inadeguata (per spazi e/o arredi) ☐ Ambiente affollato ☐ Carenza di informazioni fornite			

INVIARE A: rischioclinico@aslroma1.it

<p>ESITI DELL'EVENTO ⁽¹⁾ (barrare solo una casella)</p>	<p>Danno fisico: ☐ Nessuno</p> <p>☐ Lieve ☐ Moderato ☐ Severo ☐ Morte</p>
<p>FATTORI CHE POSSONO AVER RIDOTTE LE CONSEGUENZE DELL'EVENTO (è possibile barrare più caselle)</p>	<p>☐ Individuazione precoce dell'intento aggressivo ☐ Intervento di altri operatori in aiuto ☐ Intervento tempestivo del servizio di vigilanza ☐ Sistema di sorveglianza efficace</p> <p>altro: <input type="text"/></p>
<p>SONO STATE ATTIVATE PROCEDURE FORMALI? (è possibile barrare più caselle)</p>	<p>☐ comunicazione o denuncia di infortunio sul lavoro ☐ denuncia/querela/esposto</p>
<p>DATA COMPILAZIONE</p> <input type="text"/>	<p>NOMINATIVO E FIRMA</p> <input type="text"/>

SEZIONE DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE PER LE AGGRESSIONI CHE HANNO COINVOLTO PIU' OPERATORI

OPERATORE 2°	COGNOME E NOME	<input type="text"/>	ESITI DELL'EVENTO ⁽¹⁾ (barrare solo una casella)
	QUALIFICA	<input type="text"/>	
	SESSO	☐ M ☐ F	Danno fisico:
TIPO DI AGGRESSIONE (è possibile barrare più caselle)	☐ VERBALE ☐ FISICA Altro: <input type="text"/>	☐ Nessuno ☐ Lieve ☐ Moderato ☐ Severo ☐ Morte	

OPERATORE 3°	COGNOME E NOME	<input type="text"/>	ESITI DELL'EVENTO ⁽¹⁾ (barrare solo una casella)
	QUALIFICA	<input type="text"/>	
	SESSO	☐ M ☐ F	Danno fisico:
TIPO DI AGGRESSIONE (è possibile barrare più caselle)	☐ VERBALE ☐ FISICA Altro: <input type="text"/>	☐ Nessuno ☐ Lieve ☐ Moderato ☐ Severo ☐ Morte	

INVIARE A: rischioclinico@aslroma1.it

OPERATORE 4°	COGNOME E NOME	<input type="text"/>	ESITI DELL'EVENTO ⁽¹⁾ (barrare solo una casella)
	QUALIFICA	<input type="text"/>	
	SESSO	☐ M ☐ F	Danno fisico: ☐ Nessuno ☐ Lieve ☐ Moderato ☐ Severo ☐ Morte
TIPO DI AGGRESSIONE (è possibile barrare più caselle)	☐ VERBALE ☐ FISICA Altro: <input type="text"/>		

5° OPERATORE	COGNOME E NOME	<input type="text"/>	ESITI DELL'EVENTO ⁽¹⁾ (barrare solo una casella)
	QUALIFICA	<input type="text"/>	
	SESSO	☐ M ☐ F	Danno fisico: ☐ Nessuno ☐ Lieve ☐ Moderato ☐ Severo ☐ Morte
TIPO DI AGGRESSIONE (è possibile barrare più caselle)	☐ VERBALE ☐ FISICA Altro: <input type="text"/>		

(1) Per esito dell'evento si intende l'intensità del danno totalmente o in parte attribuibile all'evento. Il danno è classificato in 5 classi:

Nessuno: il soggetto è asintomatico; oppure non sono stati rilevati sintomi e non si è reso necessario alcun trattamento; **Lieve:** il soggetto presenta sintomi lievi, la perdita di funzione o il danno è minimo, oppure medio e non si è reso necessario alcun intervento oppure un intervento minimo (ad esempio osservazione extra, esami o trattamenti minori, rivalutazione); **Moderato:** il soggetto presenta sintomi che richiedono un intervento (ad es. un intervento chirurgico, un trattamento terapeutico aggiuntivo); si è verificato un danno o una perdita di funzione permanente e di lunga durata; **Severo:** il soggetto presenta sintomi che richiedono interventi salvavita o di un intervento chirurgico/medico maggiore; si ha una diminuzione dell'aspettativa di vita, oppure si è verificato un danno maggiore o una perdita permanente di una funzione importante; **Morte:** provocata o anticipata dall'evento.

La presente scheda una volta compilata va inviata a:

rischioclinico@aslroma1.it