

INVIARE A: **rischioclinico@aslroma1.it**

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

INVIARE A: **rischioclinico@aslroma1.it**

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

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

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

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

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	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Danno fisico: <input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Lieve <input type="checkbox"/> Moderato <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Morte
TIPO DI AGGRESSIONE (è possibile barrare più caselle)	<input type="checkbox"/> VERBALE <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Danno fisico: <input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Lieve <input type="checkbox"/> Moderato <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Morte
TIPO DI AGGRESSIONE (è possibile barrare più caselle)	<input type="checkbox"/> VERBALE <input type="checkbox"/> 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