


| | | |
|---|--|---|
|  ATS Sardegna Azienda Tutela Salute SC Qualità, Appropriatelyzza, Clinical Governance e Risk Management Servizio Prevenzione e Protezione | SCHEDA DI SEGNALAZIONE DELL'AGGRESSIONE | ALL-1_PGS-4_ST000401 Edizione 10.11.2020 Rev.0 10.11.2020 Pagina 1 di 1 |
|---|--|---|

Allegato n. 1 – Scheda di segnalazione dell'aggressione

| SCHEDA DI SEGNALAZIONE DELL'AGGRESSIONE | | | |
|---|---|--|---|
| STRUTTURA IN CUI SI È VERIFICATO L'EVENTO | Ospedale _____ Distretto _____ Unità Operativa _____ Servizio territoriale _____ Numero di telefono _____ | | |
| DATA E ORA | DATA: | ORA: | |
| DATI RELATIVI AL SEGNALANTE | Ruolo/Mansione: | Grado di coinvolgimento: Direttamente coinvolto <input type="checkbox"/> Spettatore <input type="checkbox"/> Riferito da terzi <input type="checkbox"/> | |
| | Nome e Cognome (in stampatello) | | |
| DATI DELL'AGGREDITO | Ruolo/Mansione: | Turno di lavoro Dalle _____ alle _____ | |
| | Nome e Cognome (in stampatello) | | |
| | Data di nascita | | |
| DATI RELATIVI ALL'AGGRESSORE | SESSO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | | Paziente <input type="checkbox"/> Familiare <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Identificazione (es. collega, superiore, ecc..) |
| TIPOLOGIA DI AGGRESSIONE | AGGRESSIONE VERBALE (indicare il livello) <input type="checkbox"/> Espressioni verbali aggressive <input type="checkbox"/> Uso di gesti violenti <input type="checkbox"/> Minacce | | AGGRESSIONE FISICA (indicare il livello) <input type="checkbox"/> Contatto <input type="checkbox"/> Spinta <input type="checkbox"/> Schiaffo <input type="checkbox"/> Uso di corpo contundente <input type="checkbox"/> Uso di arma |
| DESCRIZIONE | DESCRIZIONE SINTETICA AGGRESSIONE | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| ESITO DELL'EVENTO | Ricorso a cure mediche: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | Prognosi: Dal _____ al _____ tot. gg. _____ |
| | Quali? <input type="checkbox"/> Cure domiciliari <input type="checkbox"/> Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> Ricovero Ospedaliero | | |
| PROCEDURA PER GESTIONE AGGRESSIONI | Presente <input type="checkbox"/> | | Non presente <input type="checkbox"/> |
| FORMAZIONE SPECIFICA | Effettuata: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | Periodo/anno |
| FIGURA DI SOSTEGNO | Presente <input type="checkbox"/> | | Non presente <input type="checkbox"/> |
| RICORSO ALLA FIGURA DI SOSTEGNO | SI <input type="checkbox"/> | | NO <input type="checkbox"/> |
| <i>Si ringrazia per la collaborazione e si chiede di inviare la scheda compilata, per tempestivo intervento, alle e-mail del SPP e del Clinical Risk Management, nelle more dell'attivazione del sistema di segnalazione SIRMES (Sistema Informativo Regionale per il Monitoraggio degli Errori in Sanità).</i> | | | |
| e-mail Servizio Prevenzione e Protezione: spp.rspp@atssardegna.it spp.segreteria@atssardegna.it e-mail SC Qualità, Appropriatelyzza, Clinical Governance e Risk Management: sc.qualitaeriskmanagement@atssardegna.it | | | |