
 <p>ASL Salerno Azienda Sanitaria Locale Salerno</p>	<p>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI DELL'ASL SALERNO</p>	 <p>SPP SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE</p>
--	--	---

Allegato A

**SCHEDA PER LA SEGNALAZIONE DI AGGRESSIONE
(compilazione a cura del Denunciante o del Responsabile)**

DATI PERSONALI	
COGNOME:	NOME:
DATA DI NASCITA	SESSO: M F
REPARTO/U.O. :	QUALIFICA
MACROCENTRO (P.O., D.S., DIPART.) :	
LUOGO DELL'AGGRESSIONE:	
DATA DELL'AGGRESSIONE:	ORA DELL'AGGRESSIONE:
AGGRESSORE: indicare se si tratta di:	<input type="checkbox"/> paziente/utente <input type="checkbox"/> parente/visitatore <input type="checkbox"/> altro.....
Aggressione verbale (indicare il 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 il 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.....	
Descrizione sintetica dell'aggressione:	
Eventuali testimoni:	
Necessità di cure: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si Se sì: <input type="checkbox"/> Cure domiciliari <input type="checkbox"/> Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> Ricovero ospedaliero	
È stata presentata denuncia all'Autorità Giudiziaria: NO SI All'INAIL NO SI	

Allegati al presente modulo:

- copia cartacea della denuncia presentata alle autorità competenti
 copia referto pronto soccorso foglio dimissione ospedaliera

DATA / /

Firma del Dichiarante

Da consegnare al Referente
e/o al Servizio Prev. e Protezione
(spp@aslsalerno.it)