

Observatoire de la sécurité des infirmiers

Les infirmières et infirmiers victimes d'une agression sont invités à utiliser le présent formulaire pour déclarer les faits auprès du Conseil (inter) départemental de l'Ordre des infirmiers.

Date de l'événement : __/__/__ à __h__

Lieu de l'incident (code postal) : _____

Qui est l'agresseur ?

Un patient	<input type="checkbox"/>
Un proche du patient	<input type="checkbox"/>
Un infirmier/une infirmière	<input type="checkbox"/>
Un autre professionnel de santé	<input type="checkbox"/>
Autre (préciser) :	<input type="checkbox"/>

L'agresseur a utilisé une arme ou un objet (préciser) :	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Quelle est la nature de l'agression ?

Atteinte aux biens

Vol	<input type="checkbox"/>
Vol avec effraction	<input type="checkbox"/>
Vandalisme	<input type="checkbox"/>
Autre (préciser) :	<input type="checkbox"/>

Atteinte aux personnes

Injures	<input type="checkbox"/>
Menaces	<input type="checkbox"/>
Menaces avec arme	<input type="checkbox"/>
Coups et blessures volontaires	<input type="checkbox"/>
Autre (préciser) :	<input type="checkbox"/>

Votre n° ordinal (facultatif) : _____ Vous êtes <input type="checkbox"/> une femme <input type="checkbox"/> un homme

Où a eu lieu l'agression ?

En exercice libéral : Au cabinet Au domicile du patient Dans la rue Autre lieu (préciser) :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	--

Dans une structure ou un établissement de santé : Etablissement public Etablissement privé Service d'urgence Autre structure (préciser) :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	--

Après l'agression ...

Vous avez déposé une plainte	<input type="checkbox"/>
Vous avez déposé une main courante	<input type="checkbox"/>

Vous avez eu une interruption de travail (indiquer la durée : __ jrs) Vous avez été hospitalisé	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	--

Déclaration remplie le __/__/__ Je désire rencontrer un conseiller ordinal	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Les informations que vous communiquez à l'Ordre des infirmiers via ce formulaire ne feront l'objet d'aucune exploitation autre que celle visant à mieux connaître et à comptabiliser les problèmes et risques de sécurité des infirmiers. Conformément à la loi, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant. A cette fin, merci de contacter votre conseil (inter) départemental.