

RELEVÉ DE SITUATION DE VIOLENCE

NOM.....	Prénom.....
SERVICE.....	UNITE.....

Situation de violence		
Violence physique <input type="checkbox"/>	Violence morale <input type="checkbox"/>	Atteinte aux biens <input type="checkbox"/>
<u>Description de la situation</u> (menaces, coups)		

Date de l'agression.....	Heure de l'agression.....
--------------------------	---------------------------

Environnement		
Effectif présent lors de l'événement.....dont.....hommes etfemmes		
Appel à renfort	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Temps d'intervention.....		

Identification de l'agresseur			
Patient <input type="checkbox"/>	Soignant <input type="checkbox"/>	Précisez la fonction.....	
Autre <input type="checkbox"/>	<u>Précisez</u>		
Age.....	Sexe H <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Hospitalisé : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Date de l'hospitalisation.....			
Mode d'hospitalisation.....			

Identification de la victime			
Patient <input type="checkbox"/>	Soignant <input type="checkbox"/>	Précisez la fonction.....	
Autre <input type="checkbox"/>	<u>Précisez</u>		
Age.....	Sexe H <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Hospitalisé : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Date de l'hospitalisation.....			
Mode d'hospitalisation.....			

