



Ordine Provinciale Medici Chirurghi
e Odontoiatri di Modena

P.le Boschetti, 8 – 41121 Modena Tel. 059-247711 fax 059-224899

e-mail: ippocrate@ordinemedicimodena.it

sito web: www.ordinemedicimodena.it

MODULO PER LA SEGNALAZIONE DI AGGRESSIONE

DATI PERSONALI DEL MEDICO E/O DELL'ODONTOIATRA	
NOME	(facoltativo)
COGNOME	(facoltativo)
RUOLO PROFESSIONALE	<input type="checkbox"/> Titolare <input type="checkbox"/> Sostituto
DATA DI NASCITA	
SESSO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
RESIDENZA	
E-MAIL	
CELLULARE	
LUOGO DELL'AGGRESSIONE	
Ambulatorio convenzionato	
<input type="checkbox"/> MMG	
<input type="checkbox"/> PLS	
<input type="checkbox"/> Continuità assistenziale	
<input type="checkbox"/> Poliambulatorio distrettuale	
Ospedale	
<input type="checkbox"/> Reparto	
<input type="checkbox"/> Ambulatorio	
<input type="checkbox"/> PS	
Studio libero professionale	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Domicilio del paziente	
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	
AGGRESSORE	
<input type="checkbox"/> Paziente	
<input type="checkbox"/> Familiare	
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	
<input type="checkbox"/> Dati identificativi dell'aggressore (se noti)	
AGGRESSIONE SENZA CONTATTO FISICO	
<input type="checkbox"/> Uso di espressioni verbali aggressive dirette	
<input type="checkbox"/> Uso di espressioni verbali aggressive telefoniche	
<input type="checkbox"/> Insulti	
<input type="checkbox"/> Minaccia verbale	
<input type="checkbox"/> Impiego di gesti violenti ma senza contatto fisico	
AGGRESSIONE FISICA	
Modalità di contatto	
<input type="checkbox"/> Spinta	
<input type="checkbox"/> Schiaffo	
<input type="checkbox"/> Pugno	
<input type="checkbox"/> Calcio	



Ordine Provinciale Medici Chirurghi
e Odontoiatri di Modena

P.le Boschetti, 8 – 41121 Modena Tel. 059-247711 fax 059-224899

e-mail: ippocrate@ordinemedicimodena.it

sito web: www.ordinemedicimodena.it

<input type="checkbox"/>	Usò di corpo contundente come arma impropria (specificare)
<input type="checkbox"/>	Usò di arma (specificare)
<input type="checkbox"/>	Molestie sessuali con contatto fisico
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare)
AGGRESSIONE CONTRO LA PROPRIETA'	
<input type="checkbox"/>	Attrezzatura professionale
<input type="checkbox"/>	Effetti personali
<input type="checkbox"/>	altro
DESCRIZIONE DELL'AGGRESSIONE E DELLA CAUSA SCATENANTE	
TESTIMONI	
DESCRIZIONE DELLE LESIONI RIPORTATE	
CAPACITA' DI PROSEGUIRE L'ATTIVITA' LAVORATIVA	
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
NECESSITA' DI CURE MEDICHE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se si specificare	<input type="checkbox"/> cure domiciliari <input type="checkbox"/> pronto soccorso <input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero <input type="checkbox"/> supporto psicologico
Giorni di assenza dal lavoro	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se si quanti _____
DESCRIZIONE DI EVENTUALI CONDIZIONI AMBIENTALI O STRUTTURALI CHE HANNO FACILITATO L'AGGRESSIONE:	



Ordine Provinciale Medici Chirurghi
e Odontoiatri di Modena

P.le Boschetti, 8 – 41121 Modena Tel. 059-247711 fax 059-224899

e-mail: ippocrate@ordinemedicimodena.it

sito web: www.ordinemedicimodena.it

È stato richiesto l'intervento delle Forze dell'Ordine? SI NO

Sono intervenute? SI NO

È stata presentata denuncia all'autorità giudiziaria? SI NO se si specificare:

Posto di Polizia (indirizzo) _____

Caserma dei Carabinieri (indirizzo) _____

allegati al modulo:

copia della denuncia all'autorità giudiziaria

copia del referto di PS o altro medico

copia dimissione ospedaliera

Data _____

Firma _____

La modulistica potrà essere consegnata a mano o spedita all'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di Modena P.le Boschetti, 8 – 41121 Modena, inviata via mail all'indirizzo ippocrate@ordinemedicimodena.it o via fax al numero 059/224899