



# Recensement départemental des incidents

Evenement survenu le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, à \_\_\_\_ heures.

Cachet et signature (à défaut n° d'identification ordinal) :

## QUI EST LA VICTIME DE L'INCIDENT ?

Vous-même

Un collaborateur

Autre (à préciser) : .....

## QUI EST L'AGRESSEUR ?

Patient

Personne accompagnant le patient

Autre (à préciser) .....

A-t-il utilisé une arme ? (Préciser le type de l'arme)  
.....

## QUEL EST LE MOTIF DE L'INCIDENT ?

Un reproche relatif à une prise en charge

Un temps d'attente jugé excessif

Le vol

Pas de motif particulier

Autre (à préciser) : .....

## ATTEINTE AUX BIENS

Vol

Objet du vol : .....

Vol avec effraction

Acte de vandalisme (à préciser) : .....

Autre (à préciser) : .....

Vous êtes :

Un homme

Une femme

## ATTEINTE AUX PERSONNES

Injures ou menaces

Coups et blessures volontaires

Intrusion dans le cabinet

Autre (à préciser) : .....

## CET INCIDENT A EU LIEU ...

Au cabinet

A domicile

En visite dans un établissement public

En visite dans un établissement privé

Autre (à préciser) : .....

## LIEU DE L'INCIDENT :

En milieu rural

En milieu urbain, centre ville

En milieu urbain, banlieue

Lieu de l'incident : .....

## A LA SUITE DE CET INCIDENT VOUS AVEZ :

Déposé plainte

Déposé une main courante

Autre (à préciser) : .....

## CET INCIDENT A-T-IL OCCASIONNE UNE INTERRUPTION DE TRAVAIL ?

Oui

Indiquez le nombre de jours : .....

Non

## DISPOSEZ VOUS D'UN SECRETARIAT, D'UN ACCUEIL OU D'UN SERVICE DE RECEPTION ?

Oui

Non

Déclaration d'incident :

Remplie le ...../...../.....

Je désire rencontrer un conseiller départemental

Les informations fournies ne feront l'objet d'aucune autre exploitation que celles permettant une meilleure connaissance des problèmes de sécurité liés à l'exercice de la masso-kinésithérapie. Conformément à la loi, vous avez un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant que vous pouvez exercer en vous adressant à votre conseil départemental.