

FICHE DE SIGNALEMENT

(Précisions sur le lieu, nom prénom du déclarant par exemple)

Champ libre pour les établissements

Informations générales

Date de l'événement :  /  /  Heure de l'événement :  :  Structure :

Description anonymisée des faits :

Circonstances

**Causes de violences :** Reproche relatif à une prise en charge :  Temps d'attente jugé excessif :  Refus de prescription :   
Règlement de compte :  Diagnostic non accepté :  Suicide :   
Alcoolisation :  Drogue :  Autres :

**Intrusions** Zone de soins :  Espace d'accueil de l'IOA :  Bloc opératoire :  Autre lieu :

**Interventions** Personnel hospitalier :  Forces de l'ordre :  Service de sécurité interne :   
Autres :  Aucune :

Préjudices

Préjudice principal :

La cause principale du fait déclaré est directement liée à un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli le discernement ou le contrôle des actes de l'auteur :

**Préjudice aux personnes :** Injure, insulte et provocation :  Chahut, occupation des locaux :  Exhibition sexuelle :  Violence involontaire :   
Menace physique :  Menaces de mort :  Port d'arme :  Drogue / alcool :   
Menace avec arme :  Violence avec arme :  Agression sexuelle :  Viol :   
Violence volontaire :  Séquestration :  Prise d'otage :  Autre fait qualifié de crime :

**Préjudice aux biens :** Dégradations de locaux :  Dégradation de véhicule :  Dégradations de matériel de valeur :   
Dégradation légère :  Incendie volontaire :  Tags, graffitis :   
Escroquerie :   
Vol sans effraction :  Vol avec effraction :  Vol à main armée :   
Vol de matériel électronique :  Vol de moyen de paiement/papier d'identité :  Vol de véhicule :   
Vol de matériel important :  Vol de documents médicaux (ordonnance, tampon...) :  Vol de petit matériel :   
Vol d'effets personnels :  Vol de médicaments :  Vol d'autres types de biens :

Victimes/auteurs

	Femmes	Hommes		Femmes	Hommes		Femmes	Hommes	
<b>Nombre de victimes</b>	Médecins ou assimilés :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Personnels administratifs :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Détenus :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Infirmiers :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Agents de sécurité :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Visiteurs :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Personnels soignants :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Patients :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Autres :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Etablissement victime : <input type="checkbox"/>									
<b>Nombre d'auteurs</b>	Médecins ou assimilés :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Personnels administratifs :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Détenus :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Infirmiers :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Agents de sécurité :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Visiteurs :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Personnels soignants :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Patients :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Autres :	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Victimes/auteurs

**Bilan chiffré** Nombre total de jours d'arrêt de travail :  Nombre total de jours d'ITT :   
Estimation du montant des dégradations :  Estimation du montant des vols :

**Mode opératoire** Mode opératoire du vol avec effraction :  L'arme a-t-elle été utilisée :   
Type d'arme de l'auteur de l'évènement :

**Suites** Suite engagée (plainte, MC...) :  Qui a déposé (victime, Ets) :  Suite judiciaire :

**Condamnation prononcée** Peine de prison :  Amende :  Rappel à la loi :

Commentaires

Description des dégradations :

Commentaire général :