

Déclaration d'incident

Evènement survenu le: jour,date et heure : Cachet et signature ou à défaut N° d'identification ordinal	Identification du conseil départemental Vous êtes Médecin généraliste Vous êtes médecin spécialiste Si oui quelle spécialité		
De quels incidents avez-vous été victime ou témoin Un seule réponse possible	Cet incident à eu lieu ... Une seule réponse possible		
Une agression verbale entre un patient et une personne travaillant avec vous	<input type="checkbox"/>	Dans le cadre de médecine de ville, dans votre cabinet	<input type="checkbox"/>
Une agression physique entre un patient et une personne travaillant avec vous	<input type="checkbox"/>	Dans le cadre d'un exercice de médecine de ville, dans un autre lieu que votre cabinet	<input type="checkbox"/>
Une agression verbale entre un patient et vous-même	<input type="checkbox"/>	Dans un établissement de soins (hôpital, clinique, dispensaire...) dans le cadre d'un service d'urgences	<input type="checkbox"/>
Une agression physique entre un patient et vous-même	<input type="checkbox"/>	Dans un établissement de soins, mais pas dans le cadre d'un service d'urgences	<input type="checkbox"/>
Une agression verbale entre une personne accompagnant un patient et vous-même	<input type="checkbox"/>	Dans un autre cadre	<input type="checkbox"/>
Une agression physique entre une personne accompagnant un patient et vous-même	<input type="checkbox"/>	A la suite de cet incident avez-vous...	.
Un vol ou un hold-up dans votre lieu de pratique habituel	<input type="checkbox"/>	Déposé une plainte, avec constitution de partie civile	<input type="checkbox"/>
Un acte de vandalisme sur votre lieu de pratique habituel	<input type="checkbox"/>	Déposé une plainte, sans constitution de partie civile	<input type="checkbox"/>
Un vol de votre véhicule ou dans votre véhicule, dans un contexte professionnel	<input type="checkbox"/>	Déposé une main courante	<input type="checkbox"/>
Un acte de vandalisme sur votre véhicule, dans un contexte professionnel	<input type="checkbox"/>	Rien de cela	<input type="checkbox"/>
Autre. Merci de préciser la nature de l'incident.	<input type="checkbox"/>	Cet incident a-t-il occasionné pour vous ou pour une personne travaillant avec vous une interruption temporaire de travail (ITT) ?	.
Quel était le motif de cet incident<	.	Oui, supérieure à 8 jours	<input type="checkbox"/>
Un reproche relatif à un traitement	<input type="checkbox"/>	Oui, comprise entre 3 et 8 jours	<input type="checkbox"/>
Un temps d'attente jugé excessif	<input type="checkbox"/>	Oui, inférieure à 3 jours	<input type="checkbox"/>
Un refus de prescription	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Un refus de donner un médicament	<input type="checkbox"/>	Disposez-vous d'un secrétariat, d'un accueil ou d'un service de réception?	.
Autre. Merci de préciser les motifs de l'incident :	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>
Pas de motif particulier	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
		Vous exercez principalement...	.
		En milieu rural	<input type="checkbox"/>
		En milieu urbain, en centre-ville	<input type="checkbox"/>
		En milieu urbain, en banlieue	<input type="checkbox"/>

<p>Les informations fournies ne feront l'objet d'aucun traitement nominatif par le Conseil et d'aucune autre exploitation que celles permettant une meilleure connaissance des problèmes de sécurité liés l'exercice de la médecine. Les données recueillies sont collectées par votre conseil départemental qui les transmettra au Conseil national. Elles seront ensuite traitées, anonymement, sur le plan technique par l'institut Ipsos Opinion , pour le compte du Conseil national de l'Ordre des médecins. Conformément à la loi, vous avez un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant à votre conseil départemental.</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Déclaration d'incident remplie le..... Cachet et signature ou à défaut N° d'identification ordinal</p>	.
---	--------------------------	---	---

[\[Page précédente\]](#)