

Observatoire pour la sécurité des médecins :

Le Conseil national a mis en place l'Observatoire de la sécurité des médecins afin d'assurer un suivi de l'insécurité à laquelle les médecins sont exposés dans leur exercice professionnel.

Événement survenu le :

L M M J V S D _____ / _____ / 20_____, à _____ heures.

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

Déclaration d'incident à remplir,
puis à renvoyer, pour chaque
incident que vous souhaitez porter
à la connaissance de votre
conseil départemental de l'Ordre.

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
d'arme)**

Quel est le motif de l'incident ?

Un reproche relatif à un traitement

Un temps d'attente jugé excessif

**Un refus de prescription (médicament,
arrêt de travail...)**

Le vol

Autre (à préciser)

Pas de motif particulier

Atteinte aux biens

Vol

Objet du vol : _____

Vol avec effraction

Acte de vandalisme

Autre (à préciser)

Atteinte aux personnes

Injures ou menaces

Coups et blessures volontaires

Intrusion dans le cabinet

Autre (à préciser)

Les informations fournies ne feront l'objet d'aucune autre exploitation que celle permettant une meilleure connaissance des problèmes de sécurité liés à l'exercice de la médecine. 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.

recensement national des incidents

IDENTIFICATION DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL



Vous êtes médecin spécialiste en _____ (à compléter)

Vous êtes une femme un homme

Cet incident a eu lieu...

• Dans le cadre d'un exercice de médecine de ville

Au cabinet

Ailleurs (à préciser)

• Dans le cadre d'une activité en établissement de soins

Établissement public Établissement privé

Dans un service d'urgence

Ailleurs (à préciser)

• Dans le cadre d'un service de médecine de prévention ou de contrôle

À préciser :

À la suite de cet incident, vous avez :

Déposé une plainte

Déposé une main courante

Cet incident a-t-il occasionné une interruption de travail ?

Oui:
(indiquer le nombre de jours)

Non

Disposez-vous d'un secrétariat, d'un accueil ou d'un service de réception ?

Oui

Non

L'incident a eu lieu...

En milieu rural

En milieu urbain, en centre-ville

En milieu urbain, en banlieue

Déclaration d'incident

remplie le ____ / ____ / 20 ____

Je désire rencontrer un conseiller départemental