



CARACTERISTIQUES DU MEDECIN:

Nom (si souhaité) : _____

Sexe : M F Nombre d'années de pratique : _____ Age : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Spécialité : _____

Forme de pratique :

Seul Pratique de groupe Centre de santé de quartier Hôpital Autre : _____

Lieu de l'agression :

Local de consultation Domicile du patient Voie publique Poste de garde
 Service hospitalier Autre : _____

DESCRIPTION DE L'ACTE DE VIOLENCE:

Précisez ci-après les circonstances, le moment et la forme d'agression (physique, verbale, sexuelle, psychologique). Mentionnez également la présence de tiers.

CARACTERISTIQUES DE L'AUTEUR:

Patient connu Patient non connu Antécédents psychiatriques
 Sous influence Passé délinquant Récidiviste
 Acte de violence commis par d'autres personnes que le patient : _____

RAISON PRESUMEE OU CAUSE DE LA VIOLENCE:

Besoin d'argent Temps d'attente Discussion quant aux honoraires
 Refus de prescriptions Demande d'attestations non conformes
 Autre : _____

CONSEQUENCES DE L'ACTE DE VIOLENCE:

Incapacité de travail Durée : _____ Dommages corporels Dégâts matériels
 Uniquement des menaces de l'intégrité personnelle Autre : _____

AVEZ-VOUS DEPOSE PLAINTA AUPRES DE LA/DU:

Police Conseil provincial d'inscription Autre : _____

AVEZ-VOUS FAIT APPEL A:

de l'aide médicale de l'aide psychologique