



FICHE DE SIGNALEMENT D'INCIDENT

ACCOMPAGNEMENT DES SITUATIONS DE VIOLENCE AUX HCC

**Direction des
Ressources Humaines**

Bât. 28 - 1er - Bureau 113
Poste : 2 40 14

Date de révision : 12/2018

(A transmettre à la Direction des Ressources Humaines et des Ecoles - Fax : 03.89.12.45.38)

1. Victime des violences physiques ou menaces : Nom : Prénom : Fonction : Service :	4. Personne témoin des faits (le cas échéant) Nom : Prénom : Fonction (s'il s'agit d'un agent) : Service (s'il s'agit d'un agent) : Service d'hospitalisation (s'il s'agit d'un patient) :
2. Auteur des violences ou menaces (si identifié) Nom : Prénom : Adresse (s'il s'agit d'une personne extérieure aux HCC) : Service (s'il s'agit d'un agent) :	Adresse (s'il s'agit d'une personne extérieure aux HCC) :
3. Date, heure et lieu de l'incident : Date : Heure : Lieu :	5. Nom de la personne transmettant la fiche (cadre du service, cadre de garde) Nom : Prénom : Fonction :
6. Que s'est-il passé ? (décrivez brièvement les faits) 	
7. La police a-t-elle été prévenue ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, une plainte a-t-elle été déposée ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
8. L'équipe de Sécurité est-elle intervenue ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
9. Les vigiles sont-ils intervenus ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
10. La direction a-t-elle été prévenue ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
11. L'agent a-t-il été vu en consultation au SAU par un médecin urgentiste ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON par le Psychiatre d'astreinte ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
12. Un accompagnement psychologique ultérieur est-il envisagé ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON si oui : par un psychologue des HCC ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON par un médecin du travail ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
13. Conséquences immédiates apparentes (décrivez les éventuels préjudices subis identifiés au jour de la déclaration en cochant la ou les cases concernées ; cette description ne fait pas obstacle à une réévaluation ultérieure des préjudices subis par l'agent ou l'établissement) : <input type="checkbox"/> Arrêt de travail Nombre de jours : _____ Date :/...../..... <input type="checkbox"/> Dégâts matériels (biens de l'agent) Précisez : <input type="checkbox"/> Dégâts matériels (biens de l'établissement) Précisez : <input type="checkbox"/> Autres Précisez : <div style="text-align: right;">Signature du cadre ayant renseigné la présente fiche :</div>	