SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Anexo I
REGISTRO COMUNICACIÓN INTERNA DE AGRESIONES

A/A GERENCIA:					
CENTRO:					
TELÉFONO:					
RESPONSABLE DEL CENTRO / ÁREA DE DIRECCIÓN CORRESPONDIENTE:					
FECHA Y HORA:					
DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRE Y APELLIDOS: TELÉFONO DE CONTACTO:					
DIRECCIÓN:					
D.N.I.:					
CATEGORÍA / ANTIGÚEDAD EN EL PUESTO:					
TRABAJO QUE EFECTUABA:	**T. habitual**	**SI**		**NO**	
DATOS DE LA AGRESIÓN					
LUGAR DEL INCIDENTE:					
TESTIGOS (nombre, datos de identificación y localización):					
AGRESIÓN VERBAL O GESTUAL (palabras textuales):					
AGRESIÓN FÍSICA:	**Baja**	SI		NO	
	Denuncia	SI		NO	
DATOS MATERIALES (Indicar equipo, objeto o máquina dañada)					
PARTES DE LESIONES:		SI		NO	

Describir claramente como sucedieron los hechos y motivos del incidente:

DATOS DEL AGRESOR
Nombre y Apellidos:
Domicilio:
Teléfono:
D.N.I. / Nº SS:
Otros:

CUADRO DE NOTIFICACIONES DE AGRESIONES A PROFESIONALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1. IDENTIFICACION DEL AGREDIDO	1.1 Sexo	1.1.1 Mujer	
		1.1.2 Hombre	
	1.2 Edad	1.2.1 < 35 años	
		1.2.2 35 – 55 años	
		1.2.3 > 55 años	
	1.3 Nivel asistencial	1.3.1 Atención Hospitalaria	
		1.3.2 Atención Primaria y extrahospitalaria	
	1.4 Categoría Profesional	1.4.1 Facultativo	
		1.4.2 Enfermería	
		1.4.3 TCAE	
		1.4.4 Celador	
		1.4.5 Administrativo	
		1.4.6 Otros	
2. LA AGRESION	2.1 Agresiones físicas		
	2.2 Agresiones no físicas		
	2.3 Lugar de la agresión	2.3.1 Consultas	
		2.3.2 Domicilio / vía publica	
		2.3.3 Urgencias	
		2.3.4 Salud mental / Ud. Psiquiatría	
		2.3.5 Hospitalización	
		2.3.6 Admisión / puntos de información	
3. CAUSAS DE LA AGRESION	3.1 Relacionadas con las demandas del usuario		
	3.2 Relacionadas con la atención recibida por el usuario		
	3.3 Relacionadas con el propio acto sanitario o administrativo realizado		
	3.4 Causas ajenas a la organización (o a la asistencia prestada)		
4. PERFIL DEL AGRESOR	4.1 Usuario / Paciente		
	4.2 Familiar / Acompañante		
	4.3 Sexo	4.3.1 Mujer	
		4.3.2 Hombre	
	4.4 Reincidente		