

C.H.A.M. DSP	<b>Formulaire de signalement de maltraitance à l'encontre d'un patient, d'un résident ou d'un visiteur</b>	Validé le : 01/11/2022 Modifié le :	N° E ADM 179-1 Page 1/2
-----------------	--	---	----------------------------

**Service :**

**Date de signalement :**

**Le signalant est-il l'agressé :**  oui /  non

<b>Nature des violences</b>	<b>Agressé</b>	<b>Agresseur</b>
<input type="checkbox"/> Violence physique	<input type="checkbox"/> Patient / résident	<input type="checkbox"/> Patient / résident
<input type="checkbox"/> Violence psychologique	<input type="checkbox"/> Mineur	<input type="checkbox"/> Personnel médical
<input type="checkbox"/> Violence sexuelle	<input type="checkbox"/> Majeur protégé	<input type="checkbox"/> Personnel paramédical
<input type="checkbox"/> Violence verbale	<input type="checkbox"/> Femme enceinte	<input type="checkbox"/> Personnel administratif
<input type="checkbox"/> Dégradation du matériel / locaux	<input type="checkbox"/> Personne souffrant de maladie psychique	<input type="checkbox"/> Personnel technique
<input type="checkbox"/> Menaces (de violence physique et/ou de mort)	<input type="checkbox"/> Personne souffrant de handicap	<input type="checkbox"/> Visiteur
<input type="checkbox"/> Négligence	<input type="checkbox"/> Personne âgée vulnérable	<input type="checkbox"/> Non précisé
<input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :	<input type="checkbox"/> Visiteur	<input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :

**Date et heure de l'agression :**

**Témoin éventuel :**

**Description circonstanciée du déroulement de l'évènement :**

**Nom et prénom du signalant :**

**Signature :**

Afin de respecter la confidentialité, ce formulaire sera à retourner au service relations des usagers par courrier interne, par courrier postal, par mail ou sur le site internet du CHAM.

Si vous souhaitez un retour sur les actions correctives, merci d'indiquer vos coordonnées :