

EVA-Saisie d'événements agressifs

NAGS Autriche et NAGS Suisse

www.aggressionsmanagement.at www.aggressionsmanagement.ch

(Traduction : Aline Schuwey)

Service/unité

Date:	Agresseur: <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin Âge (approximatif si nécessaire):
Heure de l'événement:	<input type="checkbox"/> Résident-e/Patient-e <input type="checkbox"/> Visite (famille, proches)
Rempli par(*):	<input type="checkbox"/> Autre:
Lieu:	<input type="checkbox"/> Bureau d'entretien <input type="checkbox"/> Salle commune <input type="checkbox"/> Autre endroit <input type="checkbox"/> Chambre <input type="checkbox"/> Salle d'attente

1. Element déclencheur		2. Etat de l'agresseur									
<input type="checkbox"/> Résidents/ autres patients <input type="checkbox"/> Visites/proches <input type="checkbox"/> Proximité p.ex.: <input type="checkbox"/> AVQ /toilette vêtir <input type="checkbox"/> Mobiliser/Installer <input type="checkbox"/> Manger/Boire <input type="checkbox"/> Admission contre le gré <input type="checkbox"/> Sortie définitive <input type="checkbox"/> Refus argumenté d'une demande		<input type="checkbox"/> Voulait quitter l'endroit <input type="checkbox"/> Dispensation médicaments <input type="checkbox"/> Mesures diagnostiques/thérapeutiques <input type="checkbox"/> a été sollicité pour faire quelque chose <input type="checkbox"/> Délai d'attente <input type="checkbox"/> Barrière linguistique <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Autres raisons:									
<input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Douleurs <input type="checkbox"/> Confus, désorienté <input type="checkbox"/> Emotion forte (Irritation, Colère) <input type="checkbox"/> Alcool/prise de toxiques <input type="checkbox"/> Sous emprise de médicaments <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Autre:											
3. Forme de l'agression		3.1. Agression physique									
<input type="checkbox"/> Impulsive <input type="checkbox"/> Planifiée, ciblée <input type="checkbox"/> Agression verbale; forme: <input type="checkbox"/> menacer <input type="checkbox"/> insulter <input type="checkbox"/> raciste <input type="checkbox"/> Intimidation sexuelle/harcèlement		<input type="checkbox"/> gestuelle intimidante <input type="checkbox"/> Frapper / boxer <input type="checkbox"/> Etrangler <input type="checkbox"/> Déchirer <input type="checkbox"/> Coups de pieds <input type="checkbox"/> Mordre <input type="checkbox"/> Maintien ferme <input type="checkbox"/> Agression sexuelle; Forme: <input type="checkbox"/> Autre:									
		3.2 Agression avec des objets/liquides									
		<input type="checkbox"/> Meubles <input type="checkbox"/> Vaisselle <input type="checkbox"/> Couteau <input type="checkbox"/> Outils <input type="checkbox"/> Arme <input type="checkbox"/> Feu <input type="checkbox"/> Liquides <input type="checkbox"/> Autre:									
4. Cible de l'agression		5. Conséquences de l'agression → <input type="checkbox"/> Aucune									
<input type="checkbox"/> Non-dirigé <input type="checkbox"/> Objet-s <input type="checkbox"/> Résident/patient <input type="checkbox"/> Collaborateur-trice <input type="checkbox"/> Personnel soignant <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> MTT(Ergo/Physio etc)		<input type="checkbox"/> Autre collaborateur-trice <input type="checkbox"/> Etudiant-e <input type="checkbox"/> Autre (pas du personnel); <input type="checkbox"/> Visite <input type="checkbox"/> Famille/proches <input type="checkbox"/> Contre lui-même Personne (s): <input type="checkbox"/> Sentiment de menace < 10 min <input type="checkbox"/> Sentiment de menace > 10 min <input type="checkbox"/> Désécurisation / Peur <input type="checkbox"/> Contact avec sang / autre liquide <input type="checkbox"/> Douleur < 10 minutes <input type="checkbox"/> Douleur > 10 minutes <input type="checkbox"/> Blessure (phys/psych)									
		<input type="checkbox"/> Traitement nécessaire <input type="checkbox"/> Arrêt de travail (maladie/accident) Objet(s): <input type="checkbox"/> Endommagé									
6. Mesures prises pour stopper l'agression		7. Commentaires:									
<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Entretien avec l'agresseur <input type="checkbox"/> Désescalade sans mesure de contrainte <input type="checkbox"/> Désescalade avec Mesure de contrainte Laquelle?: <input type="checkbox"/> Alarme déclenchée		<input type="checkbox"/> Appel service sécurité <input type="checkbox"/> Appel police <input type="checkbox"/> Médication orale <input type="checkbox"/> Médication parentérale <input type="checkbox"/> Validation <input type="checkbox"/> Maintien ferme <input type="checkbox"/> Autre:									
		8. Durée de l'événement en temps personnel: (p.ex. 6 personnes x 10 min.=60 min.)									
9. Comment cet événement est-il vécu? Marquer le curseur X sur l'échelle de 1-10											
Pas grave	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Très grave
10. A quel point cette situation a été difficile pour vous (pour l'équipe)? Marquer le curseur X sur l'échelle de 1-10											
Pas grave	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Très grave

*Ce formulaire doit être rempli par le-la collaborateur-trice témoin d'un comportement agressif du patient ou des visiteurs. Le comportement agressif est défini de la manière suivante: chaque forme verbale, non- verbale ou comportement physique menaçant pour le patient-e / ou d'autres personnes ou sa propre personne, créant un préjudice ou un dommage. (Morrison, 1990)