

EvA-Saisie d'événements agressifs

NAGS Autriche NAGS Suisse NAGS Allemand
www.aggressionsmanagement.at www.nags.ch www.nags-deutschland.de
 (Traduction : Aline Schuwey CH)

Service/unité

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

1. Élément déclencheur		2. État de l'agresseur	
<input type="checkbox"/> Résidents/ autres patients <input type="checkbox"/> Visites/proches <input type="checkbox"/> Collaborateur-trice <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"/> Mesures thérapeutiques <input type="checkbox"/> Barrière linguistique	<input type="checkbox"/> Délai d'attente <input type="checkbox"/> Admission contre le gré <input type="checkbox"/> Dispensation médicaments <input type="checkbox"/> Refus argumenté d'une demande <input type="checkbox"/> Voulait quitter la zone autorisée <input type="checkbox"/> a été sollicité à faire quelque chose <input type="checkbox"/> Sortie définitive	<input type="checkbox"/> Autres raisons: <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Douleurs <input type="checkbox"/> Confus, désorienté <input type="checkbox"/> Émotion forte (Irritation, Colère) <input type="checkbox"/> Comportement désorganisé <input type="checkbox"/> Alcool/prise de toxiques <input type="checkbox"/> Sous emprise de médicaments <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Autre: <input type="checkbox"/> Inconnu

3. Forme de l'agression:		3.3 Agression avec des objets/liquides	
3.1. Agression verbale <input type="checkbox"/> menaçante <input type="checkbox"/> injurieuse <input type="checkbox"/> raciste <input type="checkbox"/> intimidante sexuellement <input type="checkbox"/> humiliante <input type="checkbox"/> disqualifiant	<input type="checkbox"/> Impulsivité 3.2. Agression physique <input type="checkbox"/> Gestuelle intimidante <input type="checkbox"/> Gestes de menaces <input type="checkbox"/> Frapper / boxer <input type="checkbox"/> Étrangler <input type="checkbox"/> Déchirer <input type="checkbox"/> Coups de pieds <input type="checkbox"/> Morsure	<input type="checkbox"/> planifié/ ciblé <input type="checkbox"/> Pousser <input type="checkbox"/> Maintien ferme <input type="checkbox"/> Contact physique non-consenti <input type="checkbox"/> Agression sexuelle <input type="checkbox"/> Autre:	<input type="checkbox"/> Meubles <input type="checkbox"/> Couteau <input type="checkbox"/> Arme <input type="checkbox"/> Liquides <input type="checkbox"/> Autre: <input type="checkbox"/> Vaisselle <input type="checkbox"/> Outils <input type="checkbox"/> Feu

4. Cible de l'agression		5. Conséquences de l'agression	
<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"/> Administratif	<input type="checkbox"/> Personnel accompagnant <input type="checkbox"/> Personnel intendance <input type="checkbox"/> Agent de sécurité <input type="checkbox"/> Personnel en formation <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Autre (pas du personnel) <input type="checkbox"/> Lui-même/Elle-même <input type="checkbox"/> Visiteur <input type="checkbox"/> Famille/proche	Personne (s): <input type="checkbox"/> Déstabilisation émotionnelle <input type="checkbox"/> Peur <input type="checkbox"/> Choc <input type="checkbox"/> Sentiment de menace < 10 min <input type="checkbox"/> Sentiment de menace > 10 min <input type="checkbox"/> Blessure (physique) <input type="checkbox"/> Douleur < 10 minutes <input type="checkbox"/> Douleur > 10 minutes	<input type="checkbox"/> Contact avec sang/ autre liquide <input type="checkbox"/> Traitement (médical) nécessaire <input type="checkbox"/> Arrêt de travail (maladie/accident) Objet(s): <input type="checkbox"/> Endommagé <input type="checkbox"/> Pas d'incidence

6. Mesures prises pour stopper l'agression		7. Commentaires:	
<input type="checkbox"/> Entretien avec l'agresseur <input type="checkbox"/> Médication per os <input type="checkbox"/> Quitter la zone/ situation <input type="checkbox"/> Alarme renfort <input type="checkbox"/> Appel Agent sécurité	<input type="checkbox"/> Appel Police <input type="checkbox"/> Maintien ferme <input type="checkbox"/> Médication parentérale <input type="checkbox"/> Mesure contrainte laquelle: <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Aucune		
		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)