

# OBSERVATOIRE POUR LA SÉCURITÉ DES MÉDECINS

## RECENSEMENT NATIONAL DES INCIDENTS



Déclaration d'incident à remplir, puis à renvoyer, pour chaque incident que vous souhaitez porter à la connaissance de votre **Conseil départemental de l'Ordre**

### Événement survenu le :

L M M J V S D \_\_\_ / \_\_\_ / 200\_\_\_, à \_\_\_ heures.

**Cachet et signature (à défaut n° d'identification ordinal) :**

### De quel incident avez-vous été victime ou témoin ? [Une seule réponse possible]

Une agression verbale entre un patient et une personne travaillant avec vous

Une agression physique entre un patient et une personne travaillant avec vous

Une agression verbale entre un patient et vous-même

Une agression physique entre un patient et vous-même

Une agression verbale entre une personne accompagnant un patient et vous-même

Une agression physique entre une personne accompagnant un patient et vous-même

Un vol ou un hold-up dans votre lieu de pratique habituel

Un acte de vandalisme sur votre lieu de pratique habituel

Un vol de votre véhicule ou dans votre véhicule, dans un contexte professionnel

Un acte de vandalisme sur votre véhicule, dans un contexte professionnel

Autre. Merci de préciser la nature de l'incident :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Quel était le motif de cet incident ?

Un reproche relatif à un traitement

Un temps d'attente jugé excessif

Un refus de prescription

Un refus de donner un médicament

Autre. Merci de préciser les motifs de l'incident :  
\_\_\_\_\_

Pas de motif particulier

### Identification du Conseil départemental

#### Vous êtes...

Médecin généraliste :

Médecin spécialiste :   
Si oui, quelle est votre spécialité ?  
\_\_\_\_\_

### Cet incident a eu lieu... [Une seule réponse possible]

Dans le cadre d'un exercice de médecine de ville, dans votre cabinet

Dans le cadre d'un exercice de médecine de ville, dans un autre lieu que votre cabinet

Dans un établissement de soins (hôpital, clinique, dispensaire...) dans le cadre d'un service d'urgence

Dans un établissement de soins, mais pas dans le cadre d'un service d'urgence

Dans un autre cadre

### À la suite de cet incident, avez-vous...

Déposé une plainte, avec constitution de partie civile

Déposé une plainte, sans constitution de partie civile

Déposé une main courante

Rien de cela

### Cet incident a-t-il occasionné pour vous ou pour une personne travaillant avec vous une interruption temporaire de travail (ITT) ?

Oui, supérieure à 8 jours

Oui, comprise entre 3 et 8 jours

Oui, inférieure à 3 jours

Non

### Disposez-vous d'un secrétariat, d'un accueil ou d'un service de réception ?

Oui

Non

### Vous exercez principalement...

En milieu rural

En milieu urbain, en centre-ville

En milieu urbain, en banlieue

Déclaration d'incident remplie le \_\_\_ / \_\_\_ / 200\_\_\_

Les informations fournies ne feront l'objet d'aucun traitement nominatif par le Conseil et d'aucune autre exploitation que celles permettant une meilleure connaissance des problèmes de sécurité liés à l'exercice de la médecine. Les données recueillies sont collectées par votre Conseil départemental qui les transmettra au Conseil national. Elles seront ensuite traitées, anonymement, sur le plan technique par l'Institut Ipsos Opinion, pour le compte du Conseil national de l'Ordre des médecins. Conformément à la loi, vous avez un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant à votre Conseil départemental.