

## SÉCURITÉ DES CHIRURGIENS-DENTISTES

### Fiche de déclaration d'incident à visée observationnelle

A renvoyer à votre conseil départemental de l'Ordre : CDO .....

***N.B. : Cette fiche ne se substitue pas à une plainte auprès des services de police ou de gendarmerie.***

#### IDENTIFICATION DU DÉCLARANT

<b>Nom du déclarant :</b>  -----  Vous êtes une femme <input type="checkbox"/> un homme <input type="checkbox"/>	<i>Cachet du praticien déclarant :</i>    
--	--

#### Qui est la victime de l'incident ?

- Vous-même   
 Autre chirurgien-dentiste   
 Salarié(e)   
 Autre .....   
 .....

#### Qui est l'agresseur ?

- Patient   
 Accompagnateur   
 Autre .....   
 .....

#### Quand l'incident a-t-il eu lieu ?

- Date .....  
 Assuriez-vous une garde ?  
 Oui       Non   
 Un secrétariat ou un réceptionniste était-il présent ?  
 Oui       Non

#### Où l'incident a-t-il eu lieu ?

- En cabinet de ville   
 En centre de santé   
 En établissement de santé public   
 En établissement de santé privé   
 Autre .....   
 .....

#### Où votre exercice se situe-t-il ?

- En milieu rural   
 En milieu urbain, en centre ville   
 En milieu urbain, en banlieue

#### Quel est le motif de l'incident ?

- Qualité des soins   
 Coût des soins   
 Temps d'attente   
 Vol   
 Autre .....   
 .....  
 Pas de motif particulier

#### En cas d'atteinte aux biens :

- Vol   
 Vol avec effraction   
 Objet du vol .....  
 .....  
 Acte de vandalisme   
 Autre .....  
 .....

#### En cas d'atteinte aux personnes :

- Injures ou menaces   
 Coups et blessures volontaires   
 Autre .....  
 .....

#### Cet incident a-t-il occasionné une interruption de travail ?

- Oui       Non   
 Nombres de jours d'interruption :  
 .....

#### Une arme a-t-elle été utilisée ?

- Oui  Non   
 Type d'arme : .....

Cette déclaration vise exclusivement à une meilleure connaissance des problèmes d'insécurité rencontrés par les chirurgiens-dentistes. Conformément à la loi, vous avez un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant que vous pouvez exercer en vous adressant à votre conseil départemental.

<b>Déclaration d'incident</b> Remplie le ..... / ..... / 20..... Signature :  Je désire rencontrer un conseiller départemental <input type="checkbox"/>
---