

## NOTIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIA:

### VIOLÊNCIA CONTRA PROFISSIONAIS DO CHULN NO LOCAL DE TRABALHO

Esta notificação destina-se a ser preenchida por profissionais do CHULN que tenham sido alvo de violência durante o seu trabalho.

O objetivo da notificação é registar situações de violência contra profissionais do CHULN, para que o profissional possa ser apoiado e as ocorrências analisadas, contribuindo para a prevenção de outras situações de violência no hospital.

De acordo com o circuito definido no CHULN, após preenchido, o original da notificação deverá ser entregue ao superior hierárquico. Uma cópia deverá ser enviada ao Serviço de Saúde Ocupacional.

O SSO dará conhecimento da notificação ao Grupo Operativo Institucional para a prevenção da violência no CHULN.

#### **Profissional alvo de violência:**

Nome: \_\_\_\_\_ Nº Mec: \_\_\_\_\_  
Sexo: Feminino  Masculino  Idade: \_\_\_\_\_ anos  
Grupo profissional: \_\_\_\_\_ Serviço: \_\_\_\_\_  
Tipo de vínculo ao CHULN:  
Contrato em funções públicas  Contrato individual de trabalho  Outro  Qual: \_\_\_\_\_

**Agressor:** Nome: \_\_\_\_\_ Nº de utente: \_\_\_\_\_  
Caracterização do agressor: Doente  Familiar  Acompanhante  Outro indivíduo externo  Outro Profissional   
Idade: \_\_\_\_\_ anos Sexo: Feminino  Masculino   
Outras pessoas envolvidas: \_\_\_\_\_  
Outras características do agressor: \_\_\_\_\_

#### **Ocorrência:**

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Local onde ocorreu: \_\_\_\_\_  
Descrição da ocorrência: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Testemunhas:** \_\_\_\_\_

**Consequências** (ex. físicas, psicológicas, patrimoniais): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **Até ao momento desta notificação:**

Solicitou algum tipo de tratamento na sequência da ocorrência: Sim  Não   
Preenheu a participação de acidente de trabalho: Sim  Não   
Considera que esta ocorrência poderia ter sido prevenida: Sim  Não ; Se sim, de que forma? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
É habitual acontecer este tipo de ocorrência: Sim  Não   
Já tinha estado envolvido em situações semelhantes (agressão): Sim  Não   
Foi feita participação / queixa às autoridades policiais: Sim  Não   
Considera necessário ter formação em gestão de conflitos / competências interpessoais? Sim  Não

Ocorrência relatada por: \_\_\_\_\_ Data da notificação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_