

Medarbejder		Episoden		Borger
Cpr.nr	Navn	Sted - afdeling	Sted - rum	Navn
<input type="checkbox"/> Fastansat <input type="checkbox"/> Elev <input type="checkbox"/> Vikar <input type="checkbox"/> Andet	Er du introduceret til og kender Handlerplaner og retningslinjer for grænseoverskridende adfærd ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	Dato og tidspunkt	Evt. vidner	Bolig
Beskriv episoden				
<b>Hvilken situation udløste episoden (sæt x)</b>		<b>Hvor lang tid varede episoden (sæt x)</b>		
<input type="checkbox"/> hjælp til daglige gøremål		<input type="checkbox"/> kort øjeblik		
<input type="checkbox"/> konflikt mellem beboere		<input type="checkbox"/> længevarende episode – evt. tidsangivelse:		
<input type="checkbox"/> trøst / omsorg		<input type="checkbox"/> gentagne gange i løbet af vagten		
<input type="checkbox"/> grænsesætning		<b>Vurdering af beboerens tilstand/mulig forklaring</b>		
<input type="checkbox"/> afslag på ønske / krav		påvirket af alkohol ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> pludselig aggression		blev beboeren oplevet psykotisk ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> udførsel af godkendt magtanvendelse		føjte beboeren sig misforstået ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> forflytning		var beboeren konfus ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> ved medicingivning		Har du en anden forklaring:		
<input type="checkbox"/> skærmning / fast vagt		<b>Mulighed for hjælp under episoden</b>		
<input type="checkbox"/> behandling, hvilken:		var du alene ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> andet, hvad:		fik du hjælp af kollega ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>		
<b>Den grænseoverskridende adfærds karakter</b>		fik du hjælp af pårørende / beboere ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>		
<b>Fysisk vold (sæt x)</b>		fik du den hjælp du havde brug for ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Med krop f.eks. niv, krads, bid, spark, skub, slag med hånd		Hvis episoden forgik inde i boligen		
<input type="checkbox"/> Med genstand f.eks. inventar, bestik, værktøj, andet		aktiverede du alarmen i boligen ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>		
<b>Den grænseoverskridende adfærds karakter</b>		<b>Eventuelle efterfølgende foranstaltninger</b>		
<b>Psykisk vold (sæt x)</b>		<input type="checkbox"/> samtale med kollega		
<input type="checkbox"/> fysiske trusler med krop eller genstand		<input type="checkbox"/> samtale med leder		
<input type="checkbox"/> fysiske trusler mod andre		<input type="checkbox"/> Falck Healthcare		
<input type="checkbox"/> verbale trusler		<input type="checkbox"/> læge		
<input type="checkbox"/> seksuel grænseoverskridende adfærd		<input type="checkbox"/> skadestue		
<input type="checkbox"/> skrig / råb		<input type="checkbox"/> andre foranstaltninger – hvilke:		
<input type="checkbox"/> nedværdigende tale		<input type="checkbox"/> ønsker kontakt / opkald – af:		
<input type="checkbox"/> andet :		<b>Ingen efterfølgende foranstaltninger</b>		
<b>Umiddelbar fysisk reaktion på episoden (sæt O)</b>		<input type="checkbox"/> jeg har ikke behov for støtte eller hjælp efter denne episode		
Ikke påvirket 1 2 3 4 5 meget påvirket		<input type="checkbox"/> der er ikke iværksat foranstaltninger – men jeg ville ønske at:		
<b>Umiddelbar psykisk reaktion på episoden (sæt O)</b>				
Ikke påvirket 1 2 3 4 5 meget påvirket				

Denne episode er også anmeldt som arbejdsskade ja  nej 

Dato og underskrift medarbejder

Dato og underskrift leder

Dato og underskrift arbejdsmiljørepræsentant