



TÉLÉCHARGER
REmplir ET ENVOYER AU

CNOP DEP
4 avenue Ruysdaël
75379 PARIS Cedex 08
Fax : 01 56 21 35 29
Mail : aggression-pharmacien
@ordre.pharmacien.fr

1 Événement survenu le : _____ / ____ / 20 __ à __ heures __

2 Déclaration faite par : Un titulaire Un remplaçant du titulaire

3 **Lieu de l'agression :** Dans l'officine Pharmacie de garde
 Ouverte Fermée
 Présence de patients dans l'officine
 Membres de l'équipe officinale présents dans l'officine
 Agression au guichet de garde
 Filtrage préalable réalisé, lors de la garde par le commissariat ou la gendarmerie
 Autre (préciser) : _____

4 **Les personnes en cause**

<p>Victime(s) de l'incident</p> <input type="checkbox"/> Un pharmacien titulaire <input type="checkbox"/> Un pharmacien adjoint ou remplaçant <input type="checkbox"/> Un autre membre de l'équipe officinale <input type="checkbox"/> Un patient <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	<p>Agresseur</p> <p>Un patient : <input type="checkbox"/> habituel <input type="checkbox"/> occasionnel <input type="checkbox"/> Une personne accompagnant le patient <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Un agresseur connu</p>
--	--

5 **Motif de l'agression :**
 Refus de délivrance (ordonnance non-conforme...)
 Difficultés relatives à une prise en charge Stupéfiants
 Vol Autre (préciser) : _____

6 **Type d'agression**

<p>Sur les personnes</p> <input type="checkbox"/> Injures ou menaces <input type="checkbox"/> Agression physique <input type="checkbox"/> Vol avec violence <input type="checkbox"/> Utilisation d'une arme <input type="checkbox"/> Arme blanche. Préciser : <input type="checkbox"/> couteau <input type="checkbox"/> lacrymogène <input type="checkbox"/> Seringue <input type="checkbox"/> Arme à feu	<p>Sur le vol</p> <input type="checkbox"/> Tenté <input type="checkbox"/> Commis <input type="checkbox"/> Argent / Montant : _____ <input type="checkbox"/> Médicament - Type / catégorie de médicament et quantité : _____ <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____
<p>Conséquences</p> <input type="checkbox"/> Sans gravité <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Arrêt de travail Durée : _____	<p>Conséquences</p> <input type="checkbox"/> Dégâts mineurs <input type="checkbox"/> Dégradation partielle <input type="checkbox"/> Dégradation importante

7 Renseignements complémentaires éventuels :

Votre Officine

En milieu rural
 En milieu urbain, centre-ville
 En milieu urbain, périphérie
 N° du département : _____
 Nombre d'habitants de la commune : _____

Installée dans

Un local indépendant
 Un petit centre commercial
 Un complexe commercial

Système de surveillance

Aucun
 Vidéosurveillance
 Vigiles
 Télésurveillance

Votre commune est-elle équipée de vidéosurveillance ?

Oui Non

Je désire rencontrer ou avoir un contact avec le conseiller ordinal départemental, référent « sécurité »

Nom du déclarant

Adresse exacte

Signature et tampon

Les réponses apportées dans le cadre de ce questionnaire présentent un caractère facultatif. Les informations ainsi recueillies font l'objet d'un traitement automatisé. Le responsable de ce traitement est le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens. Les destinataires sont les Conseils régionaux, les délégations locales et les Conseils centraux de l'Ordre des pharmaciens. Les informations recueillies sont nécessaires à la connaissance du nombre et des types d'agressions subies par les pharmaciens. En aucun cas le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens ne communiquera ces informations pour une autre utilisation. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez, auprès de la Présidence du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens d'un droit d'opposition au traitement, d'un droit d'accès et, le cas échéant, d'un droit de rectification des informations vous concernant. Il vous appartient alors d'exercer ce droit par écrit à l'adresse suivante : Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, 4, avenue Ruysdaël, 75379 Paris Cedex 08.