

Fiche de constat d'un état anormal sur le lieu de travail



A compléter par le supérieur hiérarchique

IDENTIFICATION DE L'AGENT

Nom : Prénom :

Service : Poste occupé:

Poste défini comme poste à risque : Oui Non

DESCRIPTION DE L'ETAT ANORMAL

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Difficultés d'élocution | <input type="checkbox"/> Agressivité | <input type="checkbox"/> Troubles de l'équilibre | <input type="checkbox"/> Mutisme |
| <input type="checkbox"/> Haleine alcoolisée | <input type="checkbox"/> Propos incohérents ou injurieux | <input type="checkbox"/> Agitation | <input type="checkbox"/> Tremblements, gestes imprécis |
| <input type="checkbox"/> Désorientation | | <input type="checkbox"/> Somnolence | |

Observations :

.....
.....
.....

CONSTAT

Constat effectué le/..... / à h.....

Lieu précis :

Par (*nom, prénom, fonction, service*) :

Témoins (*nom, prénom, fonction, service*) :

Test réalisé : Oui Non

Test positif : Oui Non

Observations :

.....
.....
.....

PRISE EN CHARGE

Appels :

SAMU(15) Forces de police (17) Proches (famille, entourage)

Prise en charge de l'agent :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Prise en charge par un service de secours | <input type="checkbox"/> Retrait du poste de travail, isolement et surveillance sur le lieu de travail |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge par un membre de la famille ou un membre de l'entourage | <input type="checkbox"/> Retour au poste de travail |

Suites données :

- Information de la direction
 Transmission d'une copie de la fiche de constat à l'agent, au médecin du travail, au service RH

SIGNATURES

Agent :

Supérieur hiérarchique :