

FICHE DE CONSTAT

À établir en cas de troubles du comportement d'un salarié possiblement liés à la consommation d'alcool ou de produits stupéfiants.

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AYANT RENCONTRE LE TROUBLE :

Nom :

Prénom :

Entreprise :

Poste de travail :

DESCRIPTION DE L'ETAT ANORMAL :

(présence de plusieurs critères convergents)

- | | | | |
|------------------------------|---|-----------------------------|---|
| - difficulté d'élocution | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | - gestes imprécis | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - propos incohérents | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | - troubles de l'équilibre | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - désorientation | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | - agitation | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - agressivité | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | - somnolence | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - tremblement | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | - problème de concentration | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - haleine alcoolisée | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | - malaise | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - yeux rouges | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | - hallucination | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - altération de la vigilance | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | |

Observations :

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

CERTIFICATION :

Constat effectué :

Le (jour/mois/année) :

A (heure/minutes) :

Lieu (lieu du constat du trouble) :

.....

Par (nom/prénom/fonction) :

Témoin(s) (nom/prénom/fonction) :

.....

.....

ETHYLOTEST (EN CAS DE CONSTAT D'ETAT D'ALCOOLISATION) :

Oui

Non

Effectué par :

Par (nom/prénom/fonction) :

Témoin(s) (nom/prénom/fonction) :

.....

TEST SALIVAIRE (EN CAS DE SUSPICION DE CONSOMMATION DE PRODUITS STUPEFIANTS) :

Oui

Non

Effectué par :

Par (nom/prénom/fonction) :

Témoin(s) (nom/prénom/fonction) :

.....

PRISE EN CHARGE :

Par :

SAMU

Médecin généraliste (nom/prénom/adresse) :

.....

Appels téléphoniques :

Police

Gendarmerie

SUIVI :

☛ Maintien de la personne dans l'entreprise

☛ Retour au domicile par :

- La famille,
- Un accompagnant personnel extérieur à l'entreprise
- Un salarié de l'entreprise (nom/prénom)

☛ Urgences de l'hôpital par :

- Le SAMU
- Le médecin généraliste
- Ambulance adressée par le SAMUR
- Ambulance adressée par le médecin généraliste

FICHE A TRANSMETTRE POUR INFORMATION :

Au médecin du travail

DATE ET SIGNATURE :

Nom de la personne ayant rempli la fiche :

... (lieu) , ... (date)

(Signature et cachet de l'entreprise)