

Fiche de constat relative à un état inhabituel

À établir avec le cadre ou supérieur hiérarchique en cas de troubles du comportement de l'agent.

Identification de l'agent	Nom : Prénom : Service :		
Description de l'état inhabituel	<input type="radio"/> Difficultés d'élocution <input type="radio"/> Propos incohérents <input type="radio"/> Désorientation <input type="radio"/> Agressivité	<input type="radio"/> Agitation <input type="radio"/> Troubles de l'équilibre <input type="radio"/> Gestes imprécis <input type="radio"/> Mutisme	<input type="radio"/> Diminution des capacités de travail <input type="radio"/> Somnolence <input type="radio"/> Haleine alcoolisée
Observations / faits professionnels			
Certification Constat effectué	> Le (jour/heures/minutes) : > Lieu (précis) : > Par (nom/prénom/fonction/service) : > Témoin(s) (nom/prénom/service) :		
Appel(s)	<input type="radio"/> 15 (SAMU) <input type="radio"/> 17 (Police)	<input type="radio"/> Secouriste de la collectivité <input type="radio"/> Direction	<input type="radio"/> Médecine préventive <input type="radio"/> Entourage
Gestion Prise en charge	<input type="radio"/> Maintien de l'agent dans la collectivité (<i>retrait du poste de travail – mise en sécurité – sous surveillance</i>) <input type="radio"/> Évacuation médicale (<i>SAMU – ambulance</i>) <input type="radio"/> Prise en charge par un tiers (entourage de l'agent) – Remplir attestation prise en charge Nom/Prénom/n° de téléphone : <input type="radio"/> Autre : > Heure de prise en charge :		
Reprise du travail	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Heure de reprise :	
Observations Remarques gestion de l'agent	Indiquer les actions réalisées en interne (intervention secouriste, appel direction à ..heure...)		
Signatures	Agent:		Responsable hiérarchique direct: