

FICHE DE CONSTAT

FACE A UN ETAT ALTÉRÉ OU COMPORTEMENT INHABITUEL D'UN SALARIÉ DANS L'ENTREPRISE

1 - Identification de la personne ayant présenté le trouble

Raison sociale de l'entreprise :

Nom : Prénom :

Poste de travail : Est-ce un poste à risque ou de sécurité : oui non

Lieu du constat : Date et horaire du constat :

2 - Description de l'état (présence de plusieurs critères)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Difficultés d'élocution | <input type="checkbox"/> Agitation |
| <input type="checkbox"/> Propos incohérents | <input type="checkbox"/> Troubles de l'équilibre |
| <input type="checkbox"/> Désorientation | <input type="checkbox"/> Somnolence, altération de la vigilance |
| <input type="checkbox"/> Agressivité | <input type="checkbox"/> Démarche titubante |
| <input type="checkbox"/> Haleine alcoolisée | <input type="checkbox"/> Etat de malaise |
| <input type="checkbox"/> Gestes imprécis, tremblements | <input type="checkbox"/> Attitude inadaptée à la tenue du poste de travail |
- Autres :

3 - Prise en charge

Indiquer si cette prise en charge est inscrite dans un protocole interne à l'entreprise : oui non

Ce qui a été fait, intervention de :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Direction | <input type="checkbox"/> Médecin de ville |
| <input type="checkbox"/> Service médical interne | <input type="checkbox"/> SAMU (15/112) |
| <input type="checkbox"/> Sauveteur secouriste du travail (SST) : | <input type="checkbox"/> Police Gendarmerie (17/112) |

Nom :

- Médecin du travail

Ethylotest proposé : oui non positif négatif
Accepté par le salarié : oui non Réalisé : oui non Présence d'un tiers : oui non

Suivi réalisé :

- Maintien dans l'entreprise (si présence d'une infirmière et après avis médical)
 Retour au domicile accompagné par un tiers extérieur à l'entreprise :

Nom : Qualité :

- Hospitalisation par le SAMU ou autre transport

4 - Constat effectué

Par (Nom et fonction) :

Témoins (Noms) :

5 - Fiche transmise au médecin du travail et remise au salarié

Au Docteur : Le :

Demande de visite médicale par l'employeur (avec lettre ou mail destiné au Médecin du travail) oui non

Signature de la personne
qui a rédigé le constat

Visa du salarié