



● Fiche constat d'un trouble aigu du comportement



Identification du salarié concerné

Nom:..... Poste de travail :.....
Prénom :..... Lieu de constat du trouble aigu :.....
Entreprise :..... DATE et horaire du constat :...../...../.....H.....



Description de l'état anormal

- | | | | |
|--|--|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> Difficultés d'élocution | <input type="checkbox"/> Haleine alcoolisée | <input type="checkbox"/> Somnolence | Autres : |
| <input type="checkbox"/> Propos incohérents | <input type="checkbox"/> Gestes imprécis | <input type="checkbox"/> Etat de malaise | |
| <input type="checkbox"/> Désorientation | <input type="checkbox"/> Troubles de l'équilibre | <input type="checkbox"/> Yeux rouges | |
| <input type="checkbox"/> Agressivité | <input type="checkbox"/> Agitation | <input type="checkbox"/> Tremblements | |



Prise en charge

Ce qui a été fait, intervention ou appel de :

- Sauveteur Secouriste du Travail, son Nom.....
- SAMU 15 * Alcotest : Oui Non * Uniquement réalisable sous conditions et si celui-ci est prévu dans le **règlement intérieur** de l'entreprise.
- Médecin de ville Positif Négatif
- Police ou gendarmerie 17 * Test salivaire : Oui Non
- Médecin du travail Positif Négatif

Suivi réalisé :

- Maintien et surveillance de la personne dans l'entreprise Retour accompagné au domicile
- Evacuation vers l'hôpital : ambulance / pompiers / véhicule particulier



Fiche transmise au médecin du travail pour le dossier confidentiel du salarié, intérimaire

Au Docteur : Oui, le :/...../..... Non

Demande de visite médicale par l'employeur : Oui Non

Nom de la personne qui a rempli cette fiche :

Signature :

