**Fiche de constat relative à un état anormal**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A établir par 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 anormal | Difficulté d’élocution  Propos incohérents  Désorientation  Agressivité | Agitation  Troubles de l’équilibre  Gestes imprécis  Mutisme | | | Diminution des capacités de travail  Somnolence  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) | 15 (SAMU)  17 (Police)  Secouriste de la collectivité | | Direction  Médecine préventive  Entourage | | |
| Gestion  Prise en charge | Maintien de l’agent dans la collectivité (retrait du poste de travail – mise en sécurité – sous surveillance)  Evacuation médicale (SAMU – ambulance)  Prise en charge par un tiers (entourage de l’agent) – ***remplir attestation de prise en charge***  Nom/prénom/n° téléphone : ………………………………………………….  Autre : ………………………………………………………………………………  Indiquer l’horaire de prise en charge : | | | | |
| Reprise du travail | Oui Heure de reprise :  Non | | | | |
| Observations  Remarques gestion de l’agent | *Indiquer les actions réalisées en interne (intervention secouriste, appel de la direction à ….heure,…..)* | | | | |
| Signatures | Agent : | | | Responsable hiérarchique direct : | |
| Cette fiche constat complétée, signée, est éditée en 3 exemplaires pour la direction, l’agent et le médecin du travail | | | | | |