**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 |  |
| CertificationConstat 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 |
| GestionPrise 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 |
| ObservationsRemarques 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 |