

FICHE DE CONSTAT RELATIVE À UN ÉTAT ANORMAL OU CONTRÔLE INOPINÉ SUR POSTE À RISQUE

À 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 | ☐ agitation | ☐ diminution des capacités de travail |
| ☐ propos incohérents | ☐ troubles de l'équilibre | ☐ somnolence |
| ☐ désorientation | ☐ gestes imprécis | ☐ haleine alcoolisée |
| ☐ agressivité | ☐ mutisme | |

OBSERVATION/FAITS PROFESSIONNELS

CERTIFICATION/CONSTAT EFFECTUÉ

Le (jour/heure/minutes)

Lieu (précis)

Par (nom/prénom/fonction/service)

Témoin(s) (nom(s)/prénom(s)/service(s))

CONTRÔLE

Éthylomètre référence

Contrôle initial

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ test positif | ☐ test négatif |
|---------------------------------------|---------------------------------------|

2^{ème} contrôle à la demande de l'agent (dans les 30 minutes qui suivent le premier contrôle)

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ test positif | ☐ test négatif |
|---------------------------------------|---------------------------------------|

Test salivaire

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ test positif | ☐ test négatif |
|---------------------------------------|---------------------------------------|

Contre-expertise médicale demandée par l'agent

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|--|
| ☐ oui | ☐ non | ☐ ne peut pas répondre (report) |
|------------------------------|------------------------------|--|

Si **oui**, contacter le service de médecine professionnelle pour prescription.

APPEL(S)

- | | |
|--|--|
| ☐ 15 (SAMU) | ☐ direction |
| ☐ 17 (Police) | ☐ médecine préventive |
| ☐ secouriste de la collectivité | ☐ entourage |

GESTION DE LA PRISE EN CHARGE

- ☐ maintien de l'agent dans la collectivité (retrait du poste de travail – mise en sécurité – sous surveillance)
- ☐ évacuation médicale (SAMU – ambulance)
- ☐ prise en charge par un tiers (entourage de l'agent)

Si prise en charge par un tiers, compléter l'attestation de prise en charge.

Nom

Prénom

Numéro de téléphone

Horaire de prise en charge

Autre :

REPRISE DU TRAVAIL

☐ oui

☐ non

heure de reprise :

OBSERVATIONS/REMARQUES SUR LA GESTION DE L'AGENT

Indiquer les actions réalisées en interne (intervention secouriste, appel de la direction àheure,etc.)

Signature du responsable hiérarchique, autorité territoriale ou son représentant

Cette fiche constat complétée, signée, est éditée en 3 exemplaires pour l'agent, la hiérarchie et le médecin du travail.