

# Fiche de constat d'un état anormal

## Renseigné par :

Nom : Prénom : Date : / /  
Service : Fonction : Heure : h min

## Identification de l'agent en état anormal :

Nom : Prénom : Service : Fonction :

## Description de l'état anormal

- |                          |                              |                              |                           |                              |                              |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Difficulté d'élocution | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | - Geste imprécis          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Propos incohérents     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | - Troubles de l'équilibre | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Désorientation         | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | - Agitation               | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Agressivité            | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | - Somnolence              | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Haleine alcoolisée     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |                           |                              |                              |

Observations :

.....  
.....  
.....  
.....

## Certification :

Constat effectué :

Le / / à h Lieu (précis) :

Par :  
Nom : Prénom : Fonction : Service :

Témoin(s) :  
Nom : Prénom : Service :

## Prise en charge :

- Appel  Médecin du travail  
 15 (SAMU)  17 (Police ou gendarmerie)  Médecin de ville
- Suivi  Maintien de la personne dans l'entreprise  
 Évacuation
  - Retour au domicile par
    - La famille
    - Un accompagnant personnel, extérieur à la collectivité
  - Vers l'hôpital par
    - Un service de secours (SMUR, Pompier)
    - Ambulance adressée par le SAMU

## Transmis pour information :

- |                                                  |                                                |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médecin de prévention   | <input type="checkbox"/> Autorité Territoriale |
| <input type="checkbox"/> Assistant de prévention | <input type="checkbox"/> Responsable R.H       |

Le / / , Signature :