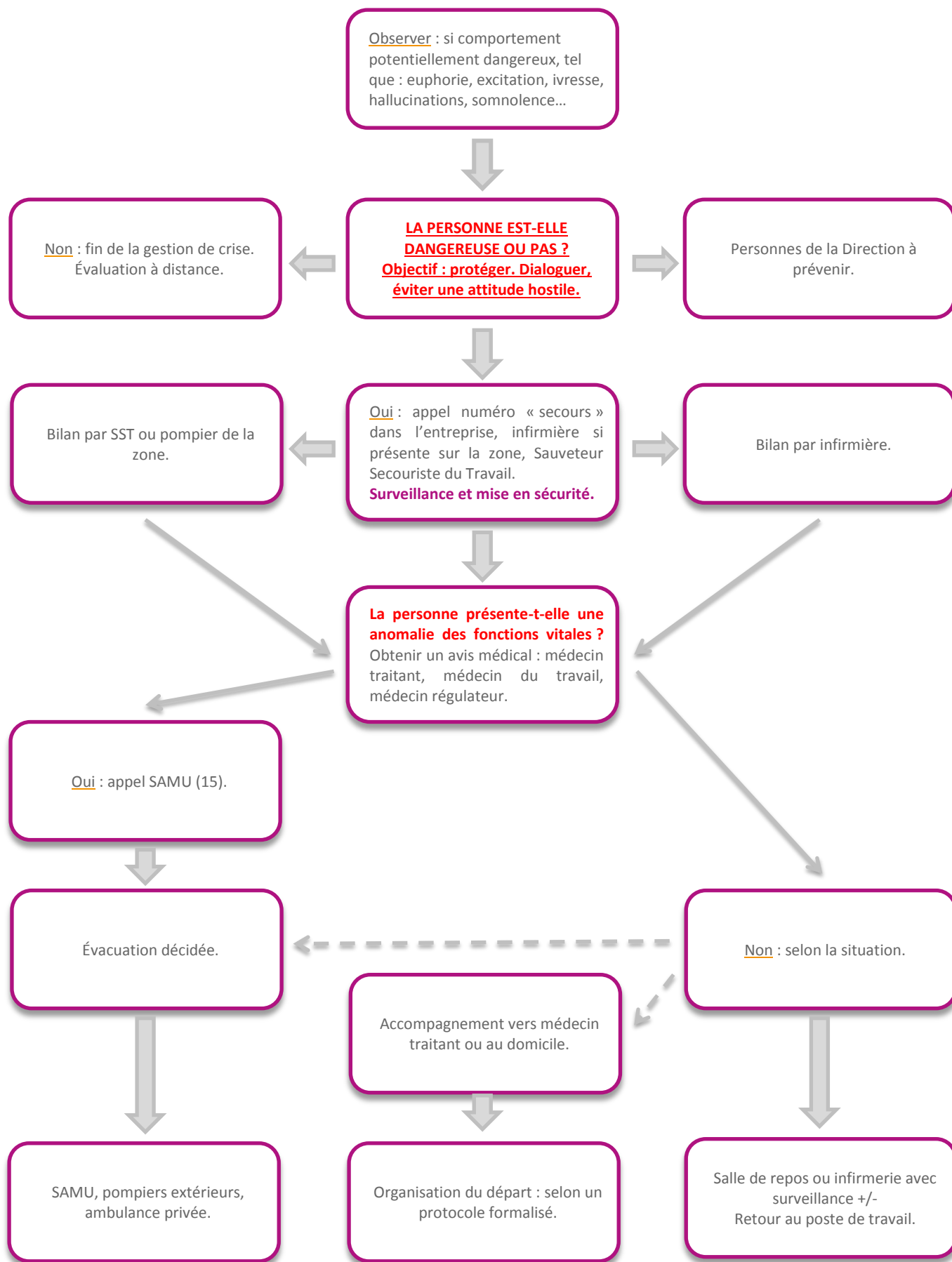


Conduite à tenir devant des troubles comportementaux aigus en milieu de travail



Comment réagir face à un salarié au comportement anormal ?

Ce document est à établir par le supérieur hiérarchique en cas de troubles du comportement d'un salarié et est à destination du Service de Santé au Travail.

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE CONCERNÉE (au comportement anormal)

Nom :
Prénom :
Entreprise :
Poste de travail :
Lieu de constat du trouble aigu :
Date et horaire du constat :

CONSTAT EFFECTUÉ :

Par (Nom et fonction) :
Témoign(s) (Nom(s) et Fonction(s)) :

IDENTIFICATION DES SIGNES DE TROUBLES DU COMPORTEMENT DU SALARIÉ (présence d'un ou plusieurs signes)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Difficulté d'élocution | <input type="checkbox"/> Hilarité inexplicable | <input type="checkbox"/> Haleine alcoolisée |
| <input type="checkbox"/> Propos incohérents | <input type="checkbox"/> Agressivité | <input type="checkbox"/> État de malaise |
| <input type="checkbox"/> Difficultés à se concentrer | <input type="checkbox"/> Agitation | <input type="checkbox"/> Forte transpiration |
| <input type="checkbox"/> Somnolence | <input type="checkbox"/> Tremblements | <input type="checkbox"/> Gestes imprécis |
| <input type="checkbox"/> Désorientation (temps/espace) | <input type="checkbox"/> Troubles de l'équilibre | <input type="checkbox"/> Autres : (descriptif) |

PRISE EN CHARGE :

Appel(s) :

- | | | |
|------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 18 | <input type="checkbox"/> 17 | <input type="checkbox"/> 15 |
| <input type="checkbox"/> SST | <input type="checkbox"/> Service Santé Travail | <input type="checkbox"/> Médecin Traitant |

PRESCRIPTION DES SERVICES DES SECOURS :

Consigne(s) :

- Maintien de la personne dans l'entreprise
- Évacuation :
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Retour au domicile par qui : | <input type="checkbox"/> La famille (nom) | <input type="checkbox"/> Un proche extérieur à l'entreprise (nom) |
| <input type="checkbox"/> Vers l'hôpital par : | <input type="checkbox"/> Les pompiers | <input type="checkbox"/> L'ambulance adressée par le SAMU |

SUIVI RÉALISÉ – FICHE TRANSMISE AU MÉDECIN DU TRAVAIL POUR DOSSIER MÉDICAL :

- Oui
 Non

Médecin du travail (nom) :

Date de la demande de visite médicale par l'employeur (avec lettre ou mail indiquant le motif de la demande) :

Date de transmission de la fiche au médecin du travail :

Double remis en mains propres au salarié le :