|  |
| --- |
| Formulaire n°11-D-FORM1 |
| **Fiche établie par le responsable hiérarchique en cas de troubles du comportement d’un agent dans la collectivité** |



*(à remplir avec l’agent lors de son retour après l’évènement – copie à remettre à l’agent)*

|  |
| --- |
| **Nom de la collectivité :**  **Nom du responsable hiérarchique faisant l’entretien** : |
| **Identification de l’agent :**  Nom et prénom :  Service/Poste occupé : . |

|  |  |
| --- | --- |
| **Description du comportement inhabituel de l’agent lors des faits** | |
| difficulté d’élocution  propos incohérents  désorientation  agressivité  impression d’haleine alcoolisée | gestes imprécis  troubles de l’équilibre  agitation  somnolence |
| **Observations du responsable:** | |
| **Constat effectué**  -le (jour et heure): \_\_/\_\_/\_\_\_\_ à \_\_h\_\_ Alcootest fait : oui  non  -lieu :  -par : (nom, prénom, fonction)  -témoin(s) : (nom, prénom, service) | |
| **Prise en charge** (cocher la ou les cases suivantes)  -appel(s)  15 (SAMU)  18 (Pompiers)  médecin traitant  -suivi  maintien en sécurité de l’agent dans la collectivité  évacuation :  retour au domicile par la famille  retour au domicile par accompagnant extérieur à la collectivité  vers un centre hospitalier par le SAMU, les pompiers  vers un centre hospitalier par une ambulance adressée par le SAMU | |
| **Fiche**  🡪 transmise au médecin de prévention  🡪 et remise à l’agent pour une consultation avec le médecin de prévention, à la demande de la collectivité. Un rendez-vous de consultation est fixé le \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | |
| **Information de l’agent :** | |

Notifié à l’agent le : \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

Signature de l’agent :       Signature du responsable hiérarchique :