|  |
| --- |
| 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 :