

# Fiche de constat - Les substances Psychoactives dans l'entreprise

---

## Identification du salarié

Nom

Prénom

Service

## Description des troubles du comportement observé (présence de plusieurs critères convergents)

- |                          |                              |                              |                           |                              |                              |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ✓ Difficulté d'élocution | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | ✓ Gestes 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 |

### Observation :

## Prise en charge

- |         |  |                                     |  |   |
|---------|--|-------------------------------------|--|---|
| ✓ Appel | <input type="checkbox"/> Médecin du travail - tél.                                 | <input type="checkbox"/> 15 - SAMU  | <input type="checkbox"/> 17 – Police           | <input type="checkbox"/> Médecin de ville                         |
| ✓ Suivi | <input type="checkbox"/> Maintien du salarié dans l'entreprise au poste de travail | <input type="checkbox"/> Evacuation | <input type="checkbox"/> Retour à domicile par | <input type="checkbox"/> La famille                               |
|         |  |                                     | <input type="checkbox"/> Vers l'hôpital par    | <input type="checkbox"/> Un accompagnant extérieur à l'entreprise |
|         |  |                                     |  | <input type="checkbox"/> SAMU                                     |
|         |  |                                     |  | <input type="checkbox"/> Ambulance adressée par le SAMU           |

## Certification du constat

- ✓ Date :
- ✓ Lieu :
- ✓ Témoin(s) – Nom, prénom, service :
  
- ✓ Responsable hiérarchique - Nom, Prénom, Fonction, Service :

## Fiche à transmettre pour information

- ✓ En interne (à définir) : ...
- ✓ Au salarié
- ✓ Au médecin de santé au travail de l'AMET pour les demandes de consultation