

NOM DU SERVICE :

OBSERVATION DE FACULTÉ(S) AFFAIBLI(ES)

Nom du travailleur :

Numéro employé :

Affectation :

Cadre responsable :

Cadre accompagnateur :

INFORMATION SUR LA RENCONTRE

Date :

Heure :

Lieu :

OBSERVATION (Est-ce que le travailleur est venu vous voir? Est-ce que celui-ci a pris le volant? Inscrivez les détails qui pourraient être utiles lors de l'enquête.)

FAITS

Odeur d'alcool ou de cannabis	<input type="checkbox"/>	Yeux rouges ou vitreux	<input type="checkbox"/>
Difficultés à parler et/ou se concentrer	<input type="checkbox"/>	Démarche instable	<input type="checkbox"/>
Répétition d'erreurs	<input type="checkbox"/>	Désorientation et/ou étourdissement	<input type="checkbox"/>
Confusion	<input type="checkbox"/>	Euphorie	<input type="checkbox"/>
Tremblements, somnolence	<input type="checkbox"/>	Comportement différent de l'habitude	<input type="checkbox"/>
Pris sur le fait	<input type="checkbox"/>	Incident ou accident (doit être accompagné d'un autre fait pour être considéré)	<input type="checkbox"/>
Autre (précisez)	<input type="checkbox"/>		

SIGNATURE

Cadre responsable

Date

Cadre accompagnateur

Date

Accusé de réception RH

Date