

**PROCÉDURE D'INTERVENTION
ÉVÉNEMENTS ASSOCIÉS À LA CONSOMMATION D'ALCOOL OU DE DROGUE**

1 – TEST SYMPTOMATIQUE :

2 - IDENTIFICATION :

Nom : _____

Prénom : _____

Unité administrative : _____

- | | | | |
|---|---|-------------------------------------|--|
| - Difficulté d'élocution : | voix normale <input type="checkbox"/> | - Équilibre : | possible <input type="checkbox"/> |
| | voix pâteuse <input type="checkbox"/> | | difficile <input type="checkbox"/> |
| | voix inintelligible <input type="checkbox"/> | | impossible <input type="checkbox"/> |
| - Débit de la parole : | normal <input type="checkbox"/> | - Démarche : | normale <input type="checkbox"/> |
| | lent <input type="checkbox"/> | | chancelante <input type="checkbox"/> |
| | rapide <input type="checkbox"/> | | impossible <input type="checkbox"/> |
| - Propos incohérents : | explications nettes <input type="checkbox"/> | - Marche en ligne droite : | possible <input type="checkbox"/> |
| | explications embrouillées <input type="checkbox"/> | | difficile <input type="checkbox"/> |
| | explications incohérentes <input type="checkbox"/> | | impossible <input type="checkbox"/> |
| - Désorientation /
incohérence / confusion : | oui <input type="checkbox"/> | - Agitation : | oui <input type="checkbox"/> |
| | non <input type="checkbox"/> | | non <input type="checkbox"/> |
| - Agressivité : | oui <input type="checkbox"/> | - Comportement général : | normal <input type="checkbox"/> |
| | non <input type="checkbox"/> | | ralenti <input type="checkbox"/> |
| | | | agité <input type="checkbox"/> |
| | | | violent <input type="checkbox"/> |
| - Haleine alcoolisée : | odeur d'alcool non perçue <input type="checkbox"/> | - Somnolence : | oui <input type="checkbox"/> |
| | odeur d'alcool perceptible <input type="checkbox"/> | | non <input type="checkbox"/> |
| | odeur d'alcool incontestable <input type="checkbox"/> | | |
| - Yeux : | vitreux <input type="checkbox"/> | - Flagrant délit de
CONSOMMATION | oui <input type="checkbox"/> alcool <input type="checkbox"/> |
| | Rouge <input type="checkbox"/> | | non <input type="checkbox"/> drogue <input type="checkbox"/> |
| | Injectés de sang <input type="checkbox"/> | | |
| - Gestes imprécis : | oui <input type="checkbox"/> | | |
| | non <input type="checkbox"/> | | |

Précisez les comportements ou les incidents observés :

3 - CERTIFICATION :

Constat effectué

- Le (date/heure/minutes) : _____
- Lieu (précis) : _____
- Par (nom/prénom/fonctions) : _____
- Témoin(s) (nom/prénom/fonctions) : _____
- Une copie du rapport a été remise à l'employé : oui non

4 –

4.1 Contact aux services des ressources humaines : Nom : _____ Heure : _____

4.2 - PRISE EN CHARGE :

- maintien de la personne dans ses fonctions
- Action
 - retour au domicile par
 - la famille
 - un accompagnant personnel, au choix de l'employé
 - syndicat
 - vers un établissement de santé
 - ambulanciers
 - autre identification: _____

4.3 - AUTRES ACTIONS PRISES : _____

5 - Transmettre cette fiche aux Services des ressources humaines par télécopieur au numéro (418) 724-1928.

Signature : _____ Date : _____

Témoins : 1. _____ 2. _____ 3. _____