



## Rapport d'incident sur la consommation de drogue

Nom de l'employé :			
Date de l'incident :			
Description de l'incident :			
Comportement	<input type="checkbox"/> Nerveux?	<input type="checkbox"/> Impertinent?	<input type="checkbox"/> Endormi?
	<input type="checkbox"/> Exagérément poli?	<input type="checkbox"/> Confus?	<input type="checkbox"/> Agressif?
	<input type="checkbox"/> Excité?	<input type="checkbox"/> Querelleur?	<input type="checkbox"/> Fatigué?
	<input type="checkbox"/> Non coopératif?	<input type="checkbox"/> Pertes de mémoire?	<input type="checkbox"/> Trop bavard?
	<input type="checkbox"/> Autre (Veuillez préciser) :		
Comportement inhabituel	<input type="checkbox"/> Transpiration?	<input type="checkbox"/> Réactions lentes?	<input type="checkbox"/> Pleurs?
	<input type="checkbox"/> Agitation?	<input type="checkbox"/> Tremblements?	<input type="checkbox"/> Bagarre?
	<input type="checkbox"/> Autre (Veuillez préciser) :		
Élocution	<input type="checkbox"/> Laborieuse?	<input type="checkbox"/> Lente?	<input type="checkbox"/> Confuse?
	<input type="checkbox"/> Pâteuse?	<input type="checkbox"/> Incohérente?	<input type="checkbox"/> Très rapide?
	<input type="checkbox"/> Autre (Veuillez préciser) :		
Équilibre	<input type="checkbox"/> Chutes?	<input type="checkbox"/> Chancelant?	<input type="checkbox"/> Incertain?
	<input type="checkbox"/> Besoin d'appui?	<input type="checkbox"/> Trébuché?	<input type="checkbox"/> Normal?
	<input type="checkbox"/> Autre (Veuillez préciser) :		
Témoin / autres employés concernés :			
Interventions du gestionnaire/superviseur :			
Conséquence :			
Suivi prévu :			
Signature :			
Date :			

Adapté du modèle de rapport d'incident du CCAT