



Formulaire Annexe 2: Directive Constatation de l'incapacité d'assurer le service dans le domaine ferroviaire conformément à l'ordonnance sur les activités déterminantes pour la sécurité dans le domaine ferroviaire (OASF; RS 742.141.2) (Etat le 1^{er} novembre 2016)

Procès-verbal de l'examen médical sur la consommation d'alcool, de stupéfiants ou de médicaments

1 Identité

Nom : Prénom : Date de naissance :
Sexe : masculin féminin
Adresse :
Poids : kg Taille : cm

2 L'intéressé/e était :

Conducteur/trice de véhicule moteur Chef du service du roulement Préparateur/trice des opérations d'un mouvement de manœuvre ou d'un train
Chargé/e de sécurité d'un poste de travail en section de voie Agent/e de train

2.1 Date et heure de l'événement :
le : à : heures
2.2 Date et heure de la prise de sang :
10 ml 20 ml le : à : heures
2.3 Date et heure du prélèvement des urines :
(env. 100 ml) le : à : heures

3 Antécédents médicaux :

4 Traitement médical (médicaments prescrits en cas d'urgence) : non oui, lesquels ?

5 Déclarations de l'intéressé/e concernant sa consommation d'alcool, de stupéfiants, de médicaments

Habitudes de consommation :
Programme de méthadone : oui non

5.1 Avant l'événement :
Quoi/quantité ?
Comment ? (pour les stupéfiants/médicaments) de à
Quand ? de à Fin de la consommation d'alcool

- 5.2 Après l'événement
Quoi/quantité ?
Comment ? (pour les stupéfiants/ médicaments) de _____ à _____
Quand ? _____ de _____ à _____ Fin de la consommation d'alcool

5.3 Déclarations de l'intéressé/e quant à une éventuelle consommation ultérieure d'alcool

6 Déclarations de l'intéressé/e quant au sommeil

A dormi pour la dernière fois le : _____ date : _____ de _____ à _____

7 Déclarations de l'intéressé/e quant à la dernière prise de nourriture (type, quantité, heure)

Signature de l'auxiliaire :

8 Rapport d'examen

8.1 Orientation (temporelle, spatiale) :

Normale _____ confuse _____

Amnésie quant à l'événement :

oui _____ non _____

8.2 Peau :

Traces d'injections récentes _____ Traces d'injections anciennes _____ Cicatrices d'injections multiples _____

8.3 Cloison nasale :

sans particularité _____ rouge _____ perforée _____

8.4 Bouche :

Odeur d'alcool _____ Odeur de cannabis _____

8.5 Syndrome de sevrage :

non _____ oui; symptômes : _____

8.6 Yeux :

Mouvements normaux	_____	oui _____	non _____
Nystagmus rotatoire	_____	oui _____	non _____
Pupilles	rétrécies _____	normales _____	dilatées _____
Réaction à la lumière	rapide _____	retardée _____	ralentie _____
Conjonctives	normales _____	injectées _____	brillantes _____

9 Tests d'attention

9.1 Test de Romberg et évaluation du temps écoulé :

Position : sûre _____ chancelante _____ impossible à exécuter, car : _____

Tremblement : non _____ oui _____

Évaluation du temps écoulé : _____ secondes estimées à 30 secondes

9.2 Test des doigts dans un ordre complexe (séquence gauche-droite, gauche-droite, droite-gauche)

Bout du nez _____ touché _____ manqué _____

Déroulement du mouvement

normal _____ en zig-zag _____ tremblement intentionnel _____

Séquence (gauche-droite, gauche-droite, droite-gauche) :

correcte _____ incorrecte _____

