

SAMPLE TOOL - RESPONDING TO SUSPECTED IMPAIRMENT FORM

Responding to Suspected Impairment	
Employee Name:	Date:
Supervisor Name:	
Observer Name:	
Incident or Concern Details	
Action Note: If there is concern employee may be or may become violent or threatening, or may be in need of medical assistance, call security, police, or 911	
Observations	
Concerns regarding safety, health, or other work-related issues	
Details from discussion with employee	
Discussion of available services, if applicable	
Safe arrangements (driven by/taxi, other work assigned, etc.)	
Next steps / Return to work process	
Notifications made to:	
Signatures	
Employee:	Date:
Supervisor:	Date:
Observer:	Date:

FORMULAIRE CONCERNANT LA RÉACTION À UN AFFAIBLISSEMENT SOUÇONNÉ DES FACULTÉS

Réaction à un affaiblissement soupçonné des facultés

Nom de l'employé :

Date:

Nom du superviseur :

Nom de l'observateur :

Détails sur l'incident ou la préoccupation

Mesure

Remarque : Si vous croyez que l'employé est violent ou menaçant, qu'il pourrait le devenir ou qu'il a besoin d'assistance médicale, appelez la sécurité, la police ou le 911.

Observations

Préoccupations concernant la sécurité, la santé ou d'autres questions liées au travail

Détails de la discussion avec l'employé

Discussion sur les services offerts, le cas échéant

Dispositions liées à la sécurité (reconduit par/taxi, changement de tâche, etc.)

Prochaines étapes/Processus de retour au travail

Avis communiqués à :

Signatures

Employé :

Date:

Superviseur :

Date:

Observateur :

Date: