



**IMPORTANT – Ce formulaire doit être rempli par le ou la gestionnaire sur place lors de l'évènement.**

Date de l'évènement :	
Heure de l'évènement :	
Date de déclaration de l'évènement :	
Y a-t-il des témoins ? Incrire jusqu'à quatre personnes, ou laisser vide si aucun témoin.	1. 2. 3. 4.
Nom du quart de travail en place au moment de l'évènement :	
<b>DESCRIPTION DE L'ÉVÈNEMENT AU VERSO</b>	
Une ou des personnes ont-t-il essayer d'éteindre le feu ? Encercler.	OUI / NON / JE NE SAIS PAS
Si vous avez répondu « Oui » à la question précédente, merci de préciser votre réponse :	
Nom du responsable de l'évacuation :	
Lieu :	USINE / PLANNEUR / SECHOIR / STOCKAGE
L'évènement a-t-il été provoqué par une personne externe à la Coopérative ? Encercler.	OUI / NON / JE NE SAIS PAS
Si vous avez répondu « Oui » à la question précédente, merci de préciser votre réponse :	
Les Pompiers étaient-ils présents ?	OUI / NON / JE NE SAIS PAS

Selon vous, quelles sont les causes de l'évènement ? Encercler toutes celles qui vous semblent applicables.

Causes de l'évènement				
Causes immédiates			Causes fondamentales	
Tâches	Équipement - Matériel	Lieu - Environnement	Organisation	Individu
<input type="checkbox"/> 1 Cadence de travail	<input type="checkbox"/> 12 ÉPI inadéquat	<input type="checkbox"/> 20 Aménagement inadéquat	<input type="checkbox"/> 28 Achat inadéquat	<input type="checkbox"/> 40 Conditions personnelles
<input type="checkbox"/> 2 Geste danger de l'employé	<input type="checkbox"/> 13 Identification absente ou inadéquate	<input type="checkbox"/> 21 Conditions ambiantes	<input type="checkbox"/> 29 Affectation (tâche-employé)	<input type="checkbox"/> 41 Condition physique
<input type="checkbox"/> 3 Geste danger tierce personne	<input type="checkbox"/> 14 Mécanisme de protection absent ou inadéquat	<input type="checkbox"/> 22 Conditions atmosphériques externes	<input type="checkbox"/> 30 Communication	<input type="checkbox"/> 42 Comportement
<input type="checkbox"/> 4 Inobservance méthodes de travail	<input type="checkbox"/> 15 Outil/équipement défectueux	<input type="checkbox"/> 23 Éclairage inadéquat	<input type="checkbox"/> 31 Conception	<input type="checkbox"/> 43 Connaissances du risque
<input type="checkbox"/> 5 Inobservance procédure de travail	<input type="checkbox"/> 16 Outil/équipement inadéquat	<input type="checkbox"/> 24 Ventilation inadéquate	<input type="checkbox"/> 32 Entretien inadéquat	<input type="checkbox"/> 44 Autre
<input type="checkbox"/> 6 Inobservance règlements sécurité	<input type="checkbox"/> 17 Matériel présentant des risques élevés	<input type="checkbox"/> 25 Espace restreint	<input type="checkbox"/> 33 Formation déficiente	
<input type="checkbox"/> 7 Instructions non suivies	<input type="checkbox"/> 18 Matières dangereuses	<input type="checkbox"/> 26 Malpropreté – Désordre	<input type="checkbox"/> 34 Méthode de travail inadéquate ou absente	
<input type="checkbox"/> 8 ÉPI non utilisé	<input type="checkbox"/> 19 Autre	<input type="checkbox"/> 27 Autre	<input type="checkbox"/> 35 Planification	
<input type="checkbox"/> 9 Posture inadéquate			<input type="checkbox"/> 36 Procédure inadéquate ou absente	
<input type="checkbox"/> 10 Réaction du corps			<input type="checkbox"/> 37 Règlement inadéquat ou absent	
<input type="checkbox"/> 11 Autre			<input type="checkbox"/> 38 Supervision absente	
			<input type="checkbox"/> 39 Autre	



Merci de décrire l'événement, en prenant soin de remplir toutes les cases (pour vous aider à répondre, vous pouvez prendre connaissance du tableau à la page suivante) :

Moment :	
Lieu :	
Environnement :	
Déclencheur :	
Photographie :	
Organisation :	



<b>Moment</b>	Lundi, Mardi, Mercredi, Jeudi, Vendredi, Samedi, Dimanche, Avant une pause, après une pause, en temps supplémentaire, travail urgent demandé, au début du quart de travail, à la fin du quart de travail, avant ou après une annonce de mise à pied, période estivale, etc.
<b>Lieu</b>	Lieux du départ d'incendie ex : écorceur, twin, hew-saw, bull, cafeteria, séchoir 1-2 ou 3, bouilloire ect..  La machine en question s'il y a lieux.
<b>Environnement</b>	Propreté des lieux, ordre, espace réservé aux inflammables, encombrant, etc.  Température intérieure : _____ Température extérieure : _____
<b>Déclencheur</b>	Raison du départ de feux : - Piece de protection manquante - Présence de produit inflammable à côté d'une source de chaleur - Problème mécanique ex : frottement - Travaux avec risque d'incendie ex : soudure, coupe métal avec disque ect.. - Autre
<b>Photographie</b>	Preuve photographique de l'incendie Numéro de la photo suivie de descriptif vue Ex : Photo 1 : sortie écorceur 2 départ incendie Photo 2 : entré écorceur 2 dégât Ect...
<b>Organisation</b>	Sélection du personnel, supervision inappropriée, programme de formation, coordination des activités, etc.  Respect des procédures d'évacuations et problème rencontré Ex : évacuation, alarme, voie de sortie obstruées, extincteur décharger.  Aviez-vous reçu une formation incendie ?



Par la présente, je confirme la véracité des informations rapportées dans ce document. Je comprends que toute information volontairement falsifiée pourrait mener à l'application d'une poursuite judiciaire et de sanctions disciplinaires pouvant aller jusqu'au congédiement.

Je m'engage par ailleurs à rapporter promptly toute autre information pertinente à la gestion du présent dossier, incluant des oublis, des témoignages de membres ou de quelconques faits nouveaux en lien avec l'événement.

Signé à Saint-Elzéar-de-Bonaventure, le \_\_\_\_\_ (date)

NOM EN LETTRES MOULÉES : \_\_\_\_\_

SIGNATURE : \_\_\_\_\_

Merci d'apposer vos initiales dans le bas de chacune des quatre pages précédentes.

\_\_\_\_\_

SECTION RÉSERVÉE À L'USAGE DE LA PERSONNE RESPONSABLE DU DOSSIER À L'INTERNE	
<input type="checkbox"/> Date inscrite p. 4	
<input type="checkbox"/> Nom en lettres moulées p. 4	
<input type="checkbox"/> Signature p. 4	
<input type="checkbox"/> Initiales gestionnaire sur chacune des 4 pages	
Date de réception du document complété :	
Signature :	