

PLAN DE SÉCURITÉ INCENDIE

Nom de la résidence

Adresse de la résidence

plan d'intervention



Nom de la résidence : _____

Nom du répondant ou de l'intervenant : _____

Date de l'analyse : _____

Numéro de Téléphone : _____

| Chambre ou Logement | Nom du résident | Problématiques | Précisions | Raisons pour lesquelles la personne pourrait ne pas évacuer dans le délai | | | | Pour les besoins de la GRSI | |
|---------------------|-----------------|---|------------|--|--|--|---|--|---|
| | | | | 1. Mobilité | 2. Compréhension | 3. Surdité | 4. Vision | Résumé des problématiques Emplacement Conseils / Mesures compensatoires | Code de couleur |
| | | 1. Mobilité <input type="checkbox"/> 2. Compréhension <input type="checkbox"/> 3. Surdité <input type="checkbox"/> 4. Vision <input type="checkbox"/> Aucune probl matique <input type="checkbox"/> | | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> G) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> H) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> VJ <input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> VJ <input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> O Mesure d'aide : |
| | | 1. Mobilit  <input type="checkbox"/> 2. Compr hension <input type="checkbox"/> 3. Surdit  <input type="checkbox"/> 4. Vision <input type="checkbox"/> Aucune probl matique <input type="checkbox"/> | | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> G) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> H) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> VJ <input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> VJ <input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> O Mesure d'aide : |
| | | 1. Mobilit  <input type="checkbox"/> 2. Compr hension <input type="checkbox"/> 3. Surdit  <input type="checkbox"/> 4. Vision <input type="checkbox"/> Aucune probl matique <input type="checkbox"/> | | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> G) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> H) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> VJ <input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> VJ <input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> O Mesure d'aide : |



| | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|---|--|---|
| | | 1. Mobilité <input type="checkbox"/> 2. Compréhension <input type="checkbox"/> 3. Surdit  <input type="checkbox"/> 4. Vision <input type="checkbox"/> Aucune probl matique <input type="checkbox"/> | | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> G) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> H) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> VJ <input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> VJ <input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> O Mesure d'aide : |
| | | 1. Mobilit  <input type="checkbox"/> 2. Compr hension <input type="checkbox"/> 3. Surdit  <input type="checkbox"/> 4. Vision <input type="checkbox"/> Aucune probl matique <input type="checkbox"/> | | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> G) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> H) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> VJ <input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> VJ <input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> O Mesure d'aide : |
| | | 1. Mobilit  <input type="checkbox"/> 2. Compr hension <input type="checkbox"/> 3. Surdit  <input type="checkbox"/> 4. Vision <input type="checkbox"/> Aucune probl matique <input type="checkbox"/> | | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> G) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> H) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> VJ <input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> VJ <input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> O Mesure d'aide : |
| | | 1. Mobilit  <input type="checkbox"/> 2. Compr hension <input type="checkbox"/> 3. Surdit  <input type="checkbox"/> 4. Vision <input type="checkbox"/> Aucune probl matique <input type="checkbox"/> | | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> G) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> H) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> VJ <input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> VJ <input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> O Mesure d'aide : |



| | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|--|--|
| | <p>1. Mobilité <input type="checkbox"/></p> <p>2. Compréhension <input type="checkbox"/></p> <p>3. Surdit  <input type="checkbox"/></p> <p>4. Vision <input type="checkbox"/></p> <p>Aucune probl matique <input type="checkbox"/></p> | <p>A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>G) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>H) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> | <p>A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> | <p>A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> | <p>A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> | | <p><input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> VJ</p> <p><input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> VJ</p> <p><input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> O</p> <p>Mesure d'aide :</p> |
| | <p>1. Mobilit  <input type="checkbox"/></p> <p>2. Compr hension <input type="checkbox"/></p> <p>3. Surdit  <input type="checkbox"/></p> <p>4. Vision <input type="checkbox"/></p> <p>Aucune probl matique <input type="checkbox"/></p> | <p>A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>G) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>H) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> | <p>A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> | <p>A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> | <p>A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> | | <p><input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> VJ</p> <p><input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> VJ</p> <p><input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> O</p> <p>Mesure d'aide :</p> |
| | <p>1. Mobilit  <input type="checkbox"/></p> <p>2. Compr hension <input type="checkbox"/></p> <p>3. Surdit  <input type="checkbox"/></p> <p>4. Vision <input type="checkbox"/></p> <p>Aucune probl matique <input type="checkbox"/></p> | <p>A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>G) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>H) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> | <p>A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> | <p>A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> | <p>A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> | | <p><input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> VJ</p> <p><input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> VJ</p> <p><input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> O</p> <p>Mesure d'aide :</p> |
| | <p>1. Mobilit  <input type="checkbox"/></p> <p>2. Compr hension <input type="checkbox"/></p> <p>3. Surdit  <input type="checkbox"/></p> <p>4. Vision <input type="checkbox"/></p> <p>Aucune probl matique <input type="checkbox"/></p> | <p>A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>G) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>H) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> | <p>A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> | <p>A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> | <p>A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> | | <p><input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> VJ</p> <p><input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> VJ</p> <p><input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> O</p> <p>Mesure d'aide :</p> |

Fiche 3A : Consignes au coordonnateur de l'évacuation – Systèmes d'alarme incendie à signal simple

Lors du déclenchement de l'alarme

1. Appelez le 911.
2. Vérifiez le lieu de l'incendie sur le panneau d'alarme incendie.
3. Assurez-vous que la personne désignée a été dépêchée pour vérifier la zone touchée.
4. Préparez le plan de sécurité incendie et les clés/outils d'accès pour les pompiers.
5. Assurez les communications avec le personnel sur les étages.
6. Faites le décompte des personnes évacuées au moyen de la liste des résidents.
7. Avisez les pompiers de l'endroit où le feu s'est déclaré et, le cas échéant, de la présence de personnes à l'intérieur.
8. Réintégrez le bâtiment uniquement après autorisation des pompiers.
9. S'il s'agit d'une ALARME NON FONDÉE (FAUSSE ALARME), assurez-vous que :
 - le signal est interrompu;
 - la procédure établie avec le service de sécurité incendie est suivie;
 - les pompiers sont rappelés et que les occupants sont avisés et rassurés;
 - la procédure de réintégration est bien suivie

Autres consignes

- Préparez, le cas échéant, la liste des personnes blessées en inscrivant le nom de l'hôpital où elles ont été transportées.
- Coordonnez au besoin le transport, l'hébergement temporaire, la distribution de médicaments, la restauration, etc.
- Informez de la situation les proches des personnes évacuées et, au besoin, les médias.

Fiche 3B : Consignes aux personnes désignées – Systèmes d’alarme incendie à signal simple

Lors du déclenchement de l’alarme

1. Communiquez avec le responsable en service ou dirigez-vous vers le panneau de contrôle du système d’alarme incendie afin d’identifier la zone touchée.
2. Si possible, isolez le feu en fermant la porte de la pièce où il s’est déclaré, sans mettre votre vie en danger.
3. Procédez à l’évacuation complète des résidents vers le point de rassemblement conformément à la stratégie d’évacuation établie avec le service incendie.
4. Procédez immédiatement à une visite méthodique des locaux sous votre responsabilité pour vous assurer qu’ils ont été évacués.
5. Identifiez les locaux qui ont été évacués.
6. Communiquez au responsable la progression de l’évacuation, ainsi que toute problématique rencontrée.
7. Quittez les lieux après vous êtes assuré que tous les occupants les ont quittés et refermez toutes les portes derrière vous.
8. Rejoignez votre groupe au point de rassemblement et faites le décompte des personnes évacuées.
9. Faites un rapport au responsable.
10. Effectuez une surveillance afin que personne ne tente de réintégrer le bâtiment avant l’autorisation du service incendie.
11. S’il s’agit d’une alarme non fondée :
 - communiquez avec le responsable;
 - avisez et rassurez les occupants;
 - attendez les directives et effectuez la procédure de réintégration si nécessaire.

Autres consignes

- Le personnel de cuisine doit s’assurer de couper l’alimentation des appareils de cuisson.
- Une attention particulière doit être accordée aux cages d’escaliers afin d’éviter des encombrements et de permettre une évacuation fluide.

Fiche 3C : Consignes au coordonnateur de l'évacuation – Systèmes d'alarme incendie à signal double

Lors du déclenchement du premier signal (préalarme ou alerte)

1. **APPELEZ LE 911.**
2. Vérifiez le lieu de l'incendie sur le panneau d'alarme incendie.
3. Assurez-vous que les personnes désignées ont été dépêchées pour vérifier la zone touchée.
4. Déclenchez le signal d'alarme dès que l'incendie est confirmé à l'aide du panneau de contrôle ou d'une clé à une station manuelle.
5. S'il s'agit d'une alarme non fondée (fausse alarme), assurez-vous que :
 - le signal est interrompu;
 - la procédure établie avec le service de sécurité incendie est suivie;
 - les pompiers sont rappelés et que les occupants sont avisés et rassurés;
 - la procédure de réintégration est bien suivie.

Lors du déclenchement du deuxième signal (alarme)

6. Préparez le plan de sécurité incendie et les clé/outils d'accès pour les pompiers.
7. Diffusez les messages à l'aide de la communication phonique, le cas échéant.
8. Assurez les communications avec le personnel sur les étages.
9. Faites le décompte des personnes évacuées au moyen de la liste des résidents.
10. Avisez les pompiers de l'endroit où le feu s'est déclaré et, le cas échéant, de la présence de personnes à l'intérieur.
11. Réintégrez le bâtiment uniquement après autorisation du service incendie.

Autres consignes

- Préparez, le cas échéant, la liste des personnes blessées et notez le nom de l'hôpital où elles ont été transportées.
- Coordonnez au besoin le transport, l'hébergement temporaire, la distribution de médicaments, la restauration, etc.
- Informez de la situation les proches des personnes évacuées et, au besoin, les médias.

Fiche 3D : Consignes aux personnes désignées – Systèmes d’alarme incendie à signal double

Lors du déclenchement du premier signal (préalarme ou alerte)

1. Rendez-vous sur les lieux de l’alerte afin de valider le fondement.
2. En cas d’alarme fondée, informez le responsable en service afin qu’il déclenche l’alarme ou actionnez directement une station manuelle en utilisant la clé.
3. S’il s’agit d’une **alarme non fondée (fausse alarme)** :
 - communiquez avec le responsable;
 - avisez et rassurez les occupants;
 - attendez les directives et effectuez la procédure de réintégration si nécessaire.
4. La personne désignée peut, en tout temps, déclencher le système d’alarme incendie à l’aide de la clé et d’une station manuelle si elle constate l’incendie.

Lors du déclenchement du deuxième signal (alarme)

5. Si possible, isolez le feu en fermant la porte de la pièce où il s’est déclaré, sans mettre votre vie en danger.
6. Assurez-vous que les occupants évacuent dans l’ordre conformément à la stratégie d’évacuation établie avec le service incendie.
7. Procédez immédiatement à une visite méthodique des locaux sous votre responsabilité pour vous assurer qu’ils ont été évacués.
8. Identifiez les locaux qui ont été évacués.
9. Communiquez au responsable la progression de l’évacuation, ainsi que toute problématique rencontrée.
10. Quittez les lieux après vous êtes assuré que tous les occupants les ont quittés et refermez toutes les portes derrière vous.
11. Rejoignez votre groupe au point de rassemblement et faites le décompte des personnes évacuées.
12. Faites un rapport au responsable.
13. Effectuez une surveillance afin que personne ne tente de réintégrer le bâtiment avant autorisation du service incendie.

Autres consignes

- Le personnel de cuisine doit s’assurer que l’alimentation des appareils de cuisson est interrompue.
- Une attention particulière doit être accordée aux cages d’escaliers afin d’éviter des encombrements et de permettre une évacuation fluide.

Fiche 3E : Consignes de réintégration

Lorsque le service incendie autorise la réintégration

1. Assistez vos résidents lors de la réintégration.
2. Assurez-vous que votre système d'alarme incendie est réarmé.
3. Réactivez les ascenseurs si nécessaire.
4. Vérifiez l'ensemble des cages d'escaliers.
5. Assurez-vous qu'une personne désignée effectue une ronde de vérification autour du bâtiment pour s'assurer que tous les occupants ont pu réintégrer la résidence.
6. Assurez-vous, à l'aide du système de caméras, que personne n'a été omis, si le bâtiment est équipé d'un tel système.
7. Assurez-vous que les serrures et les retenues électromagnétiques sont bien réactivées, si elles sont présentes.
8. Effectuez une deuxième ronde autour du bâtiment 20 minutes après la première.

Ces consignes s'appliquent également lors d'une alarme non fondée.

Conseils pratiques

- Un incendie est souvent un événement stressant. Lors de la réintégration, soyez attentif afin d'identifier les résidents qui nécessiteraient potentiellement un soutien psychologique ou émotionnel.
- À la suite d'un incendie, il est possible que les pompiers vous donnent quelques recommandations importantes concernant les équipements de protection incendie du bâtiment.
- Bien que le service incendie autorise la réintégration du bâtiment, les dommages causés par le feu ou l'eau peuvent rendre certaines parties du bâtiment inutilisables et forcer la relocalisation de résidents.

Formulaire de vérification lors de la réintégration du bâtiment

Nom de la résidence : _____

Date de l'évacuation : _____

Heure : _____

- Motif de l'évacuation :**
- Alarme fondée
 - Alarme non fondée (fausse alarme)
 - Exercice d'évacuation
 - Autre motif (préciser) : _____

Tâches réalisées lors de la réintégration (cocher)

- Les résidents ont obtenu l'assistance pour les réintégrer.
- Le système d'alarme incendie a été réarmé.
- Les ascenseurs ont été réactivés (si présence d'une ou d'ascenseurs).
- L'ensemble des cages d'escaliers ont été vérifiées.
- Une ronde de vérification autour du bâtiment pour s'assurer que tous les occupants ont pu réintégrer la résidence a été effectuée.
- Les caméras de surveillance ont été consultées afin de vérifier que tous les résidents ont réintégré le bâtiment (si le bâtiment est équipé d'un tel système).
- Les serrures et les mécanismes de verrouillage électromagnétiques ont bien été réactivés (s'ils sont présents).
- Une deuxième ronde de vérification a été réalisée autour du bâtiment 20 minutes après la première.
- Les résidents ayant pu subir un stress en lien avec l'évacuation ont été identifiés afin qu'un soutien psychologique ou émotionnel leur soit apporté.

*** Déposer une copie de ce registre de vérification au plan de sécurité incendie.**

Personne responsable de la vérification :

Date :

Fiche 4 : Répartition des tâches des personnes qui procèdent à l'évacuation

| Tâches particulières lors de l'évacuation | Personnes désignées (titre d'emploi ou poste) pour accomplir la tâche | | | | | |
|---|---|----------------------------------|---------------------------|----------------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| | Jour | | Soir | | Nuit | |
| | Semaine Nombre : _____ | Fin de semaine Nombre : _____ | Semaine Nombre : _____ | Fin de semaine Nombre : _____ | Semaine Nombre : _____ | Fin de semaine Nombre : _____ |
| Appeler le 911 | | | | | | |
| En présence d'un panneau d'alarme incendie, s'y rendre afin de localiser le lieu de l'incendie | | | | | | |
| Communiquer le lieu de l'incendie au 911 et aux autres personnes désignées, s'il y a lieu | | | | | | |
| Répartir les personnes désignées dans les différents secteurs, selon le besoin | | | | | | |
| Se rendre sur les lieux de l'incendie pour faire un constat de la situation | | | | | | |
| Transmettre l'information au coordonnateur afin qu'il déclenche l'alarme et/ou actionner une station manuelle (pour un système à double signal) | | | | | | |
| Évacuer les résidents, vérifier les pièces du secteur de l'incendie, identifier celles qui sont évacuées et refermer les portes | | | | | | |
| Évacuer les résidents, vérifier et identifier les pièces du reste du bâtiment selon la stratégie établie | | | | | | |
| Aller à la rencontre des pompiers pour faire état de la situation | | | | | | |
| Prendre les présences au point de rassemblement | | | | | | |

MISE À JOUR ou VÉRIFIÉE LE : _____

Initiales : _____

Fiche 4 : Tâches des personnes qui procèdent à l'évacuation

| Spécifier le nombre d'employés sur place en fonction du quart de travail : | Personnes désignées (titre d'emploi ou poste) pour accomplir la tâche | | | | | |
|--|---|----------------------------------|---------------------------|----------------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| | Jour | | Soir | | Nuit | |
| | Semaine Nombre : _____ | Fin de semaine Nombre : _____ | Semaine Nombre : _____ | Fin de semaine Nombre : _____ | Semaine Nombre : _____ | Fin de semaine Nombre : _____ |

1. Appeler le **911**
2. En présence d'un **panneau d'alarme incendie** :
 - Se rendre au panneau d'alarme incendie afin de localiser le lieu de l'incendie
 - Communiquer le lieu de l'incendie au 911 et aux autres personnes désignées, s'il y a lieu
3. Se rendre sur les lieux de l'incendie pour **faire un constat de la situation et communiquer le tout au 911**
4. **Débuter l'évacuation des résidents** en commençant par :
 - Le lieu de l'incendie en s'éloignant
 - Vérifier les pièces du secteur de l'incendie
 - Identifier les pièces ayant été évacuées, puis refermer les portes
5. Évacuer les résidents, vérifier et identifier les pièces du reste du bâtiment **selon la stratégie établie**
6. **Aller à la rencontre des pompiers** pour faire un état de la situation et leur remettre le PSI ainsi que le trousseau avec les doubles de clés
7. **Prendre les présences** au point de rassemblement

MISE À JOUR ou VÉRIFIÉE LE : _____

Initiales : _____

Fiche 5 : Consignes d'évacuation aux résidents

Au signal d'alarme :
COMMENCEZ À ÉVACUER IMMÉDIATEMENT !
Ne cherchez pas vos effets personnels.



S'il y a PEU ou PAS de FUMÉE :

- sortez de votre chambre;
- refermez votre porte sans la verrouiller;
- suivez les consignes du message diffusé par les haut-parleurs s'il y a lieu;
- n'entrez pas dans la cage d'escalier avec une marchette ou un fauteuil roulant;
- ne tentez jamais de prendre les ascenseurs;
- dirigez-vous vers le point de rassemblement;
- signalez votre présence à la personne responsable au point de rassemblement et, si nécessaire, attendez les consignes.



En ouvrant la porte, s'il y a des FLAMMES, de la CHALEUR ou une FUMÉE ÉPAISSE :

- restez dans votre chambre ou logement et fermez la porte sans la verrouiller;
- signalez votre présence :
 - ✓ si vous avez accès à un téléphone, composez le 911;
 - ✓ utilisez tous les moyens pour attirer l'attention des gens à l'extérieur;
- **en dernier recours**, sortez sur votre balcon et refermez la porte derrière vous afin de vous protéger de la fumée et des flammes.

Fiche 6 : Informations sur le bâtiment et les équipements de protection incendie

Nom et adresse de la résidence : _____

Aile ou phase concernée : _____

Type de bâtiment

Nombre de chambres : _____ Nombre de logements : _____ Nombre maximal de résidents pouvant être accueillis : _____

Combustible Incombustible

Précisions : _____

Nombre d'étages hors sol : _____ Sous-sol : Accessible aux résidents Avec chambres

Moyens de limiter la propagation du feu et de la fumée, lieux sécuritaires et issues

Réseau de gicleurs à eau : dans tout le bâtiment dans une section du bâtiment

Précisions : _____

Compartmentation horizontale : Cage d'escalier fermée Dispositif de fermeture automatique homologué présent Cage d'escalier pressurisée

Précisions : _____

Compartmentation verticale : Séparation coupe-feu Nombre : _____ Mur coupe-feu Nombre : _____

Précisions : _____

Galerie, coursive, terrasse ou balcon possédant un ou des escaliers menant au sol et incombustible ou protégé

Précisions : _____

Issues : Nombre de sorties extérieures (incluant cages et balcons) _____ Dégagées Déverrouillées : de l'intérieur de l'extérieur

Système de contrôle d'accès : Pour sortir relié au système d'alarme incendie Pour entrer

Nombre de cages d'escaliers fermées menant directement à l'extérieur _____

Deux moyens d'évacuation à partir de chaque chambre et/ou logement

Précisions : _____

Éclairage de secours : Corridors Escaliers d'issue Issues

Fiche 6 : Informations sur le bâtiment et les équipements de protection incendie (suite)

Type d'équipements de détection et d'alarme incendie

Système d'alarme incendie Relié à une centrale de surveillance

Anti-intrusion À signal simple À signal double : avec pré-alarme audible ou pré-alarme non audible

Avec avertisseurs de fumée dans les corridors chambre logement autres lieux (précisez): _____

À piles Électriques Interreliés

Précisions : _____

Avec détecteurs dans les corridors chambre logement autres lieux (précisez): _____

Fumée Chaleur

Précisions : _____

Alarme sonore (autre que l'avertisseur) dans les chambres ou le bâtiment Alarme visuelle dans les chambres ou logements

Précisions : _____

Avertisseur/détecteur de monoxyde de carbone

Précisions : _____

Autres équipements

Ascenseurs

Extincteur portatif à tous les étages minimalement (min. 5 lb, type ABC)

Génératrice

Système d'extinction spécial (ex. : hotte de cuisine)

Trousseau de clés (ascenseur, clé maîtresse, etc.)

Communication : phonique visuelle (voir définitions p. 76)

Armoire d'incendie (robinets d'incendie armés)

Canalisations d'incendie (voir définition)

Autres – précisez : _____

MISE À JOUR ou VÉRIFIÉE LE : _____ Par : _____ Gestionnaire Service de sécurité incendie Établissement

Fiche 8 : Entente pour obtenir de l'aide

| Entente jointe au PSI | Nom du partenaire de l'entente | Objet de l'entente | Nom du responsable | N° de téléphone |
|-----------------------|--------------------------------|---|--------------------|-----------------|
| | | Relogement temporaire | | |
| | | Transport, si nécessaire | | |
| | | Garde de sécurité civile de l'établissement | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



Numéro de téléphone à composer en cas de sinistre : 1 888 933-8911

NIP à 4 chiffres : _____

Responsable du déclenchement du processus « Voisins secours » :

Personnes à joindre Nombre

Gestionnaire/CA _____

Voisins _____

Employés/remplaçants _____

Personnes à joindre Nombre

Lieu de relogement temporaire _____

Transport _____

Garde de sécurité civile _____

Nombre potentiel de personnes aidantes _____

MISE À JOUR ou VÉRIFIÉE LE : _____

Initiales : _____



FORMULAIRE D'INSCRIPTION VOISINS SECOURS

Prénom : _____

Nom : _____

Adresse : _____

de téléphone : _____
(pour vous contacter à votre demeure)

Signature : _____
*J'ai lu et compris que je ne dois jamais tenter d'entrer à l'intérieur
d'un bâtiment en feu.*

**Notez bien que vous ne devez jamais tenter
d'entrer à l'intérieur d'un bâtiment en feu.**



FORMULAIRE D'INSCRIPTION VOISINS SECOURS

Prénom : _____

Nom : _____

Adresse : _____

de téléphone : _____
(pour vous contacter à votre demeure)

Signature : _____
*J'ai lu et compris que je ne dois jamais tenter d'entrer à l'intérieur
d'un bâtiment en feu.*

**Notez bien que vous ne devez jamais tenter
d'entrer à l'intérieur d'un bâtiment en feu.**



FORMULAIRE D'INSCRIPTION VOISINS SECOURS

Prénom : _____

Nom : _____

Adresse : _____

de téléphone : _____
(pour vous contacter à votre demeure)

Signature : _____
*J'ai lu et compris que je ne dois jamais tenter d'entrer à l'intérieur
d'un bâtiment en feu.*

**Notez bien que vous ne devez jamais tenter
d'entrer à l'intérieur d'un bâtiment en feu.**



FORMULAIRE D'INSCRIPTION VOISINS SECOURS

Prénom : _____

Nom : _____

Adresse : _____

de téléphone : _____
(pour vous contacter à votre demeure)

Signature : _____
*J'ai lu et compris que je ne dois jamais tenter d'entrer à l'intérieur
d'un bâtiment en feu.*

**Notez bien que vous ne devez jamais tenter
d'entrer à l'intérieur d'un bâtiment en feu.**



**FORMULAIRE D'INSCRIPTION
VOISINS SECOURS**

Prénom : _____

Nom : _____

Adresse : _____

de téléphone : _____
(pour vous contacter à votre demeure)

Signature : _____
*J'ai lu et compris que je ne dois jamais tenter d'entrer à l'intérieur
d'un bâtiment en feu.*

**Notez bien que vous ne devez jamais tenter
d'entrer à l'intérieur d'un bâtiment en feu.**



**FORMULAIRE D'INSCRIPTION
VOISINS SECOURS**

Prénom : _____

Nom : _____

Adresse : _____

de téléphone : _____
(pour vous contacter à votre demeure)

Signature : _____
*J'ai lu et compris que je ne dois jamais tenter d'entrer à l'intérieur
d'un bâtiment en feu.*

**Notez bien que vous ne devez jamais tenter
d'entrer à l'intérieur d'un bâtiment en feu.**



**FORMULAIRE D'INSCRIPTION
VOISINS SECOURS**

Prénom : _____

Nom : _____

Adresse : _____

de téléphone : _____
(pour vous contacter à votre demeure)

Signature : _____
*J'ai lu et compris que je ne dois jamais tenter d'entrer à l'intérieur
d'un bâtiment en feu.*

**Notez bien que vous ne devez jamais tenter
d'entrer à l'intérieur d'un bâtiment en feu.**



**FORMULAIRE D'INSCRIPTION
VOISINS SECOURS**

Prénom : _____

Nom : _____

Adresse : _____

de téléphone : _____
(pour vous contacter à votre demeure)

Signature : _____
*J'ai lu et compris que je ne dois jamais tenter d'entrer à l'intérieur
d'un bâtiment en feu.*

**Notez bien que vous ne devez jamais tenter
d'entrer à l'intérieur d'un bâtiment en feu.**

Complément – Fiche 8 : Entente pour obtenir de l'aide

Dans le cadre de la mise en œuvre du PLAN DE SÉCURITÉ INCENDIE de la résidence

ENTRE

_____, propriétaire de la résidence _____

Adresse : _____

ET

_____, représentant de l'organisme _____

Adresse : _____

Advenant un incident ou un sinistre à la résidence _____, j'accepte de porter aide et assistance en accueillant les résidents au _____ (adresse) pour quelques heures, le temps qu'ils aient pu réintégrer la résidence ou être relocalisés à plus long terme.

Signature du gestionnaire

Signature de l'aidant

Date

Date

RENOUVELLEMENT DE L'ENTENTE

| DATE | PROPRIÉTAIRE | PARTENAIRE |
|------|--------------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Fiche 9 : Numéros de téléphone importants

| | |
|---|----------------|
| En cas d'urgence : police – pompiers – ambulance | 911 |
| Centre de télésurveillance | |
| CROIX-ROUGE (aide aux sinistrés) | |
| Établissement de santé et de services sociaux | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Pharmacie | |
| Centre antipoison du Québec | 1 800 463-5060 |
| Hydro-Québec | |
| Fournisseur de gaz | |
| Électricien | |
| Plombier | |
| Chauffage | |
| Entretien du système de détection et d'alarme | |
| Entretien du système de gicleurs | |
| Garde de sécurité civile de l'établissement de santé et de services sociaux de la région | |
| Autres : | |

MISE À JOUR ou VÉRIFIÉE LE : _____

Initiales : _____

Fiche 10A : Détermination des stratégies et du délai d'évacuation

BÂTIMENT DE TYPE RÉSIDENTIEL

Nom et adresse de la résidence : _____

| | | |
|--|--|--|
| Avertisseurs de fumée électriques et reliés entre eux dans les corridors, les aires de repos et d'activités communes et dans chaque chambre ou selon la réglementation en vigueur. | <input type="checkbox"/> Sans réseau de gicleurs | <input type="checkbox"/> Avec réseau de gicleurs |
| | 3 minutes | 5 minutes |

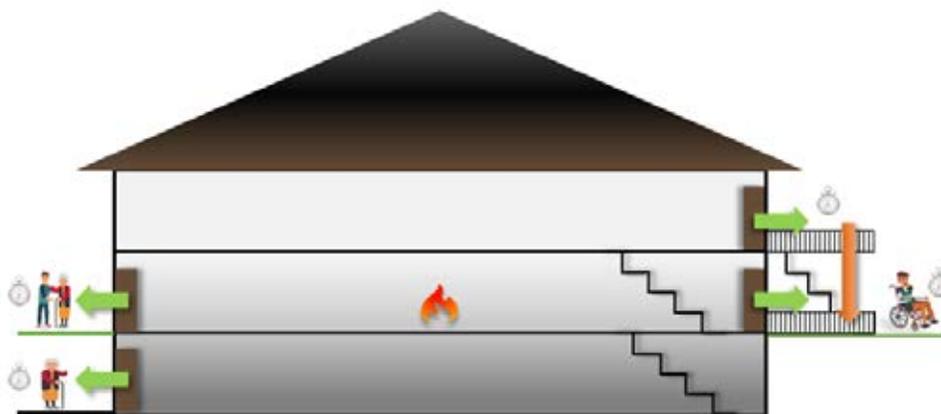
Mise à jour le : _____ Établie avec la collaboration du SSI : Oui Non

Notes

- L'exercice doit être réalisé en situant l'incendie à l'étage où les résidents éprouvent les plus grandes difficultés pour évacuer.
- Le délai maximal se calcule à partir du moment où l'alarme se déclenche pour l'exercice. Le chronomètre est arrêté à l'instant où le dernier résident atteint l'un des lieux sécuritaires.

LÉGENDE

| | |
|---|---|
|  | Lieu sécuritaire où le chronomètre est arrêté |
|  | Déplacement CHRONOMÉTRÉ lors de l'exercice d'évacuation |
|  | Déplacement NON CHRONOMÉTRÉ lors de l'exercice d'évacuation |
|  | Zone grisée : évacuer et chronométrer |



| | |
|--------------------------------|------------------------------|
| ÉVACUATION DE TOUT LE BÂTIMENT | Zones à chronométrer |
| | Tout l'intérieur du bâtiment |

Fiche 10B : Détermination des stratégies et du délai d'évacuation

BÂTIMENT COMBUSTIBLE NON GICLÉ

Nom et adresse de la résidence : _____

| | | |
|--|--|---|
| Délai d'évacuation pour atteindre le lieu sécuritaire lors d'un exercice | <input type="checkbox"/> Système d'alarme incendie avec avertisseurs de fumée dans les chambres et logements | <input type="checkbox"/> Système d'alarme incendie avec détecteurs de fumée dans les chambres |
| | 8 minutes | 11 minutes |

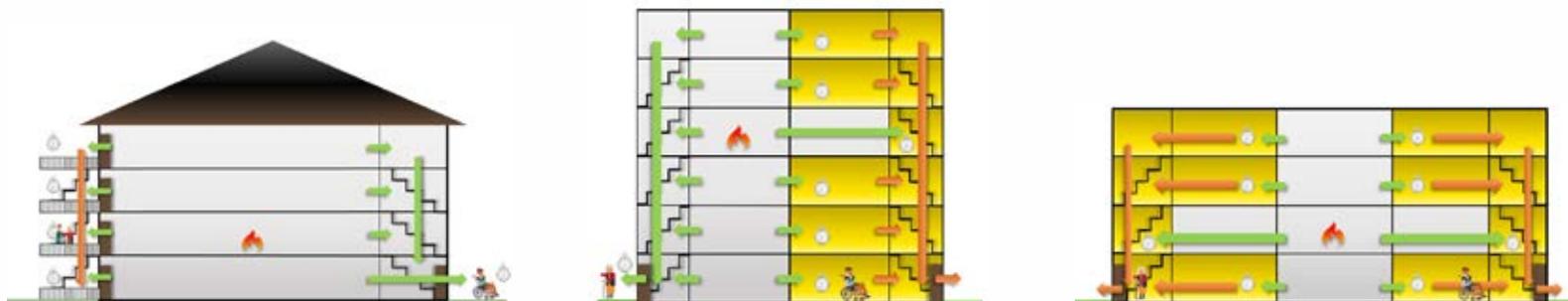
Mise à jour le : _____ Établie avec la collaboration du SSI : Oui Non

Notes

- L'exercice doit être réalisé en situant l'incendie à l'étage où les résidents éprouvent les plus grandes difficultés pour évacuer.
- Le délai maximal se calcule à partir du moment où l'alarme se déclenche pour l'exercice. Le chronomètre est arrêté à l'instant où le dernier résident atteint l'un des lieux sécuritaires.
- On considère également l'autre côté d'un mur coupe-feu comme un lieu sécuritaire.
- Ne jamais arrêter l'évacuation dans une cage d'escalier.

LÉGENDE

| | |
|--|---|
| | Lieu sécuritaire où le chronomètre est arrêté |
| | Déplacement CHRONOMÉTRÉ lors de l'exercice d'évacuation |
| | Déplacement NON CHRONOMÉTRÉ lors de l'exercice d'évacuation |
| | Zone grisée : évacuer et chronométrer |
| | Zone jaune : évacuer sans chronométrer |



ÉVACUATION DE TOUT LE BÂTIMENT

Zones à chronométrer

Compartiment du feu et compartiments voisins
Compartiments au-dessus et en-dessous du feu

Fiche 10C : Détermination des stratégies et du délai d'évacuation

BÂTIMENT COMBUSTIBLE GICLÉ

Nom et adresse de la résidence : _____

| | | |
|--|--|---|
| Délai d'évacuation pour atteindre le lieu sécuritaire lors d'un exercice | <input type="checkbox"/> Système d'alarme incendie avec avertisseurs de fumée dans les chambres et logements | <input type="checkbox"/> Système d'alarme incendie avec détecteurs de fumée dans les chambres |
| | 8 minutes | 11 minutes |

Mise à jour le : _____ Établie avec la collaboration du SSI : Oui Non

Notes

- L'exercice doit être réalisé en situant l'incendie à l'étage où les résidents éprouvent les plus grandes difficultés pour évacuer.
- Le délai maximal se calcule à partir du moment où l'alarme se déclenche pour l'exercice. Le chronomètre est arrêté à l'instant où le dernier résident atteint l'un des lieux sécuritaires.
- On considère également l'autre côté d'un mur coupe-feu comme un lieu sécuritaire.
- Ne jamais arrêter l'évacuation dans une cage d'escalier.

LÉGENDE



Lieu sécuritaire où le chronomètre est arrêté



Déplacement CHRONOMÉTRÉ lors de l'exercice d'évacuation



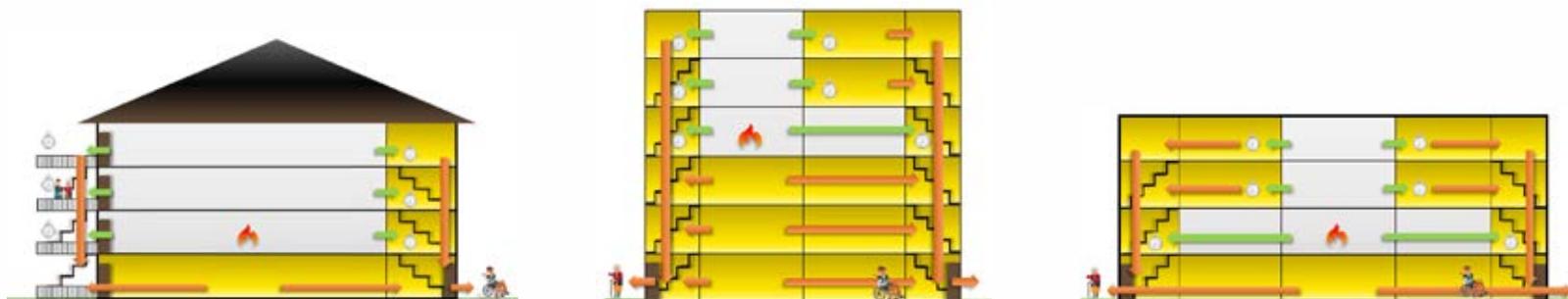
Déplacement NON CHRONOMÉTRÉ lors de l'exercice d'évacuation



Zone grisée : évacuer et chronométrer



Zone jaune : évacuer sans chronométrer



ÉVACUATION DE TOUT LE BÂTIMENT

Zones à chronométrer

Compartiment du feu et compartiments voisins
Compartiments au-dessus du feu

Fiche 10D : Détermination des stratégies et du délai d'évacuation

BÂTIMENT INCOMBUSTIBLE NON GICLÉ

Nom et adresse de la résidence : _____

| | | |
|---|---|--|
| Délai d'évacuation pour atteindre le lieu sécuritaire lors d'un exercice | <input type="checkbox"/> Système d'alarme incendie avec avertisseurs de fumée dans les chambres et logements | <input type="checkbox"/> Système d'alarme incendie avec détecteurs de fumée dans les chambres |
| | 8 minutes | 11 minutes |

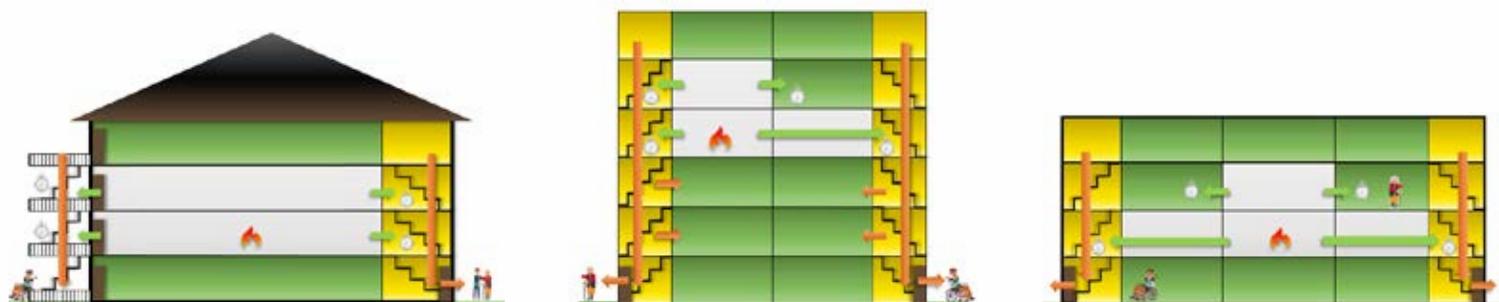
Mise à jour le : _____ Établie avec la collaboration du SSI : Oui Non

Notes

- L'exercice doit être réalisé en situant l'incendie à l'étage où les résidents éprouvent les plus grandes difficultés pour évacuer.
- Le délai maximal se calcule à partir du moment où l'alarme se déclenche pour l'exercice. Le chronomètre est arrêté à l'instant où le dernier résident atteint l'un des lieux sécuritaires.
- On considère également l'autre côté d'un mur coupe-feu comme un lieu sécuritaire.
- Ne jamais arrêter l'évacuation dans une cage d'escalier.

LÉGENDE

| | |
|---|---|
|  | Lieu sécuritaire où le chronomètre est arrêté |
|  | Déplacement CHRONOMÉTRÉ lors de l'exercice d'évacuation |
|  | Déplacement NON CHRONOMÉTRÉ lors de l'exercice d'évacuation |
|  | Zone grisée : évacuer et chronométrer |
|  | Zone jaune : évacuer sans chronométrer |
|  | Zone verte : zone sécuritaire (sans obligation d'évacuer, en fonction des autres exigences) |



ÉVACUATION PARTIELLE POSSIBLE EN PRÉSENCE DE :

- Système d'alarme à double signal (3 membres du personnel)
- Système de communication

Zones à chronométrer

**Compartment du feu et compartiments voisins
Compartment au-dessus du feu**

Fiche 10E : Détermination des stratégies et du délai d'évacuation

BÂTIMENT INCOMBUSTIBLE GICLÉ

Nom et adresse de la résidence : _____

| | | |
|---|---|--|
| Délai d'évacuation pour atteindre le lieu sécuritaire lors d'un exercice | <input type="checkbox"/> Système d'alarme incendie avec avertisseurs de fumée dans les chambres et logements | <input type="checkbox"/> Système d'alarme incendie avec détecteurs de fumée dans les chambres |
| | 8 minutes | 11 minutes |

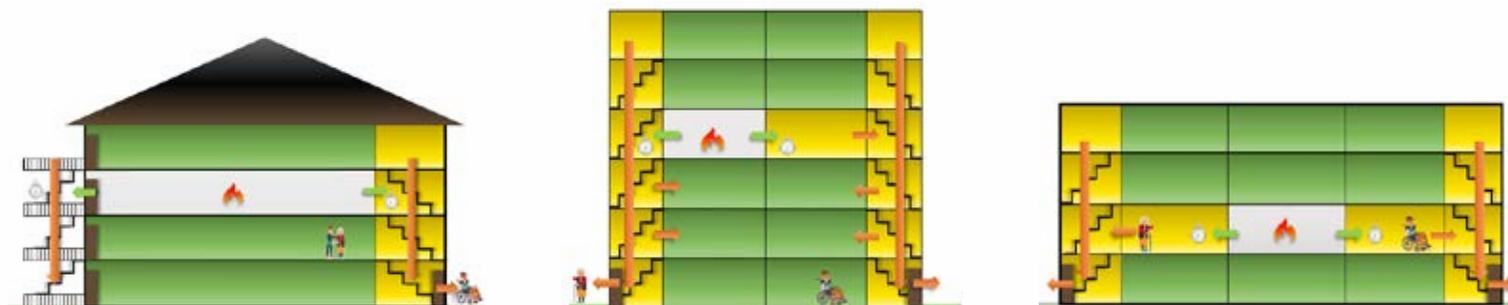
Mise à jour le : _____ Établie avec la collaboration du SSI : Oui Non

Notes

- L'exercice doit être réalisé en situant l'incendie à l'étage où les résidents éprouvent les plus grandes difficultés pour évacuer.
- Le délai maximal se calcule à partir du moment où l'alarme se déclenche pour l'exercice. Le chronomètre est arrêté à l'instant où le dernier résident atteint l'un des lieux sécuritaires.
- On considère également l'autre côté d'un mur coupe-feu comme un lieu sécuritaire.
- Ne jamais arrêter l'évacuation dans une cage d'escalier.

LÉGENDE

| | |
|--|---|
| | Lieu sécuritaire où le chronomètre est arrêté |
| | Déplacement CHRONOMÉTRÉ lors de l'exercice d'évacuation |
| | Déplacement NON CHRONOMÉTRÉ lors de l'exercice d'évacuation |
| | Zone grisée : évacuer et chronométrer |
| | Zone jaune : évacuer sans chronométrer |
| | Zone verte : zone sécuritaire (sans obligation d'évacuer, en fonction des autres exigences) |



ÉVACUATION PARTIELLE POSSIBLE EN PRÉSENCE DE :

- **Système d'alarme à double signal (3 membres du personnel)**
- **Système de communication**

Zone à chronométrer

Compartiment du feu

Fiche 10 : Séquence d'évacuation

Nom et adresse de la résidence : _____

IMPORTANT

La séquence d'évacuation doit être déterminée en collaboration avec le service de sécurité incendie.

Mise à jour le : _____

Établie avec la collaboration du SSI : Oui Non

| <input type="checkbox"/> | SÉQUENCE D'ÉVACUATION SANS COMPARTIMENTATION |
|--------------------------|--|
| 1 | Évacuer l'étage de l'incendie |
| 2 | Évacuer l'étage au-dessus de l'incendie |
| 3 | Évacuer le dernier étage |
| 4 | Évacuer les étages restants en descendant |

| <input type="checkbox"/> | SÉQUENCE D'ÉVACUATION AVEC COMPARTIMENTATION (séparations et portes coupe-feu) |
|--------------------------|--|
| 1 | Évacuer le compartiment de l'incendie |
| 2 | Évacuer les compartiments voisins de l'incendie |
| 3 | Évacuer le compartiment au-dessus de l'incendie |
| 4 | Évacuer le dernier étage |
| 5 | Évacuer les compartiments restants en descendant |

| <input type="checkbox"/> | AUTRE SÉQUENCE D'ÉVACUATION |
|--------------------------|-----------------------------|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |

Précisions : _____

Fiche 10 : Stratégies d'évacuation en présence de 5 personnes et plus

Nom et adresse de la résidence : _____

IMPORTANT

La répartition des tâches doit être déterminée en collaboration avec le service de sécurité incendie.

Mise à jour le : _____

Établie avec la collaboration du SSI : Oui Non

RÉPARTITION DES TÂCHES PAR LE COORDONATEUR À L'ÉVACUATION :

1. Appel le 911
2. Prend le radio portatif et le plan de sécurité incendie, puis se rend au panneau d'alarme incendie ou au poste de commandement

Tous les employés doivent se rendre au panneau d'alarme incendie ou au poste de commandement.

3. Répartit le personnel pour l'évacuation en cochant sur le tableau de répartition des tâches les endroits où les employés sont envoyés au fur et à mesure qu'ils partent pour évacuer leur secteur :

- 4 premières personnes – Compartiment du feu
- 2 autres personnes – Compartiment voisin du feu
- 1 personne par cage d'escaliers située dans le compartiment en feu
- 2 personnes – Compartiment au-dessus du feu
- 2 personnes – Dernier étage
- 1 personne – Au point de rassemblement (**prend les présences**)
- Autres – Réparties aux sorties extérieures pour accueillir les résidents et les « Voisins-Secours » qui accompagneront les résidents aux points de rassemblement puis au lieu de relogement temporaire.

4. Accueille les pompiers pour faire état de la situation

Fiche 11 : Rapport d'observation de l'exercice d'incendie

Nom de la résidence : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

Date de l'exercice : _____ Heure : _____

Délai d'évacuation **maximal** à respecter lors de l'exercice d'évacuation (en minutes) : _____

mesuré lors de l'exercice d'évacuation (en minutes et en secondes) : _____

| | | | |
|---|--|--|--|
| Nombre total de résidents dans la résidence | | Nombre de résidents présents lors de l'exercice | |
| Nombre de personnes désignées qui participent | | Nombre de personnes désignées qui observent | |
| Nombre de résidents qui n'ont pas évacué dans le délai (<i>indiquer les numéros de chambres</i>) | | | |

Les personnes désignées appliquent les consignes d'évacuation : Oui Non

CONSTATS ET COMMENTAIRES DU SERVICE DE SÉCURITÉ INCENDIE (SSI), ou du gestionnaire de la résidence et/ou son consultant en l'absence du SSI

Le délai d'évacuation maximal, calculé à partir du « Guide pratique » et indiqué au plan de sécurité incendie élaboré par le gestionnaire, a-t-il été respecté lors de l'exercice d'évacuation ?

Oui Non Si non, un rapport plus complet doit être transmis au gestionnaire ainsi qu'à l'établissement de santé responsable.

Commentaires et constats relatifs aux **points forts**, aux **points à améliorer**, à l'accomplissement des **tâches des personnes désignées**, etc.
(*au besoin ajouter une feuille supplémentaire*)

Rapport d'observation de l'exercice d'évacuation (suite)

Commentaires généraux sur le **fonctionnement du matériel** de protection incendie, l'**état** des sorties et **des lieux** sécuritaires (sorties d'urgence, galeries avec escaliers, etc.)

Si les objectifs d'évacuation n'ont pas été atteints, les **mesures de correction** suivantes ont été choisies pour améliorer la situation
(au besoin ajouter une feuille supplémentaire)

| | | |
|--|---------------------|-----------------|
| Observé par le service de sécurité incendie de | Nom du représentant | N° de téléphone |
|--|---------------------|-----------------|

Signature du représentant : _____ Date : _____

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------|
| Présence de représentants de l'établissement de santé et de services sociaux de | Nom du ou des représentants | N° de téléphone |
|---|-----------------------------|-----------------|

J'ai pris connaissance des informations mentionnées ci-dessus et je m'engage à mettre en place les mesures de correction nécessaires pour améliorer la situation.

Signature du gestionnaire : _____ Date : _____

