

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) : _____

Temps **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 : _____