

### Annexe J : Rapport d'incendie

Modèle de la CCSN pour les rapports d'incendie					
Titre		Date de découverte de l'incendie		Centrale	
<b>Description de l'événement</b>					
<b>Séquence des événements</b>		Heure de l'alarme ou de la découverte de l'incendie : _____  Heure de la localisation physique de l'incendie : _____  Heure du début de l'extinction : _____  Heure à laquelle l'incendie était maîtrisé : _____  Heure à laquelle l'incendie a été éteint : _____			
Phase pré-incendie					
Mode de construction <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Mode d'exploitation : <input type="checkbox"/> Arrêt <input type="checkbox"/> Fermeture <input type="checkbox"/> Déclassement <input type="checkbox"/> Autre : _____  Heure de confirmation : _____					
Phase d'inflammation					
Bâtiment et emplacement de la pièce : _____  Composants où l'incendie a débuté : _____  Type de ventilation : _____					

<p><b>Type d'inflammation</b></p> <p><input type="checkbox"/> Mécanique   <input type="checkbox"/> Électrique   <input type="checkbox"/> Auto-inflammation   <input type="checkbox"/> Composant chaud   <input type="checkbox"/> Travail à chaud</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p><b>Cause fondamentale</b></p> <p><input type="checkbox"/> Équipement   <input type="checkbox"/> Facteur humain   <input type="checkbox"/> Procédures   <input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p><b>Méthode de détection de l'incendie</b></p> <p><input type="checkbox"/> Détection automatique de l'incendie   <input type="checkbox"/> Signaux manuels   <input type="checkbox"/> Surveillance des incendies   <input type="checkbox"/> Inspection de la centrale</p> <p><input type="checkbox"/> Personnel   <input type="checkbox"/> Signaux indirects</p> <p><input type="checkbox"/> Incendie non détecté   <input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p><b>Type de détecteur</b></p> <p><input type="checkbox"/> Optique   <input type="checkbox"/> Chaleur   <input type="checkbox"/> Flamme   <input type="checkbox"/> Ionisation   <input type="checkbox"/> Infrarouge   <input type="checkbox"/> Autre : _____   <input type="checkbox"/> S.O.</p> <p>Le système de détection s'est-il déclenché : <input type="checkbox"/> Oui   <input type="checkbox"/> Non   <input type="checkbox"/> Il était défaillant   <input type="checkbox"/> S.O.</p> <p><b>Combustibles / charge d'incendie :</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<b>Phase d'extinction</b>
<p><b>Méthode d'extinction</b></p> <p><input type="checkbox"/> Lutte manuelle contre les incendies   <input type="checkbox"/> Auto-déclenchement des systèmes fixes</p> <p><input type="checkbox"/> Déclenchement manuel des systèmes fixes   <input type="checkbox"/> Épuisement contrôlé de l'incendie</p> <p><input type="checkbox"/> Source d'inflammation isolée   <input type="checkbox"/> Auto-extinction   <input type="checkbox"/> Sans objet   <input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p><b>Systemes fixes</b></p> <p><input type="checkbox"/> Extincteur sous eau   <input type="checkbox"/> Extincteur sous air   <input type="checkbox"/> Pré-action   <input type="checkbox"/> Système de déluge   <input type="checkbox"/> Brouillard d'eau   <input type="checkbox"/> Mousse</p> <p><input type="checkbox"/> Dioxyde de carbone   <input type="checkbox"/> Halon</p> <p><input type="checkbox"/> Autres gaz : _____</p>

**Systemes portables**

Extincteur sec  Extincteur chimique  Extincteur à gaz  Extincteur à mousse  Autre : \_\_\_\_\_  S.O.

Rendement du système fixe :  Déclenché  Défaillant  Non déclenché  S.O.

Rendement du système portable :  Normal  Défaillant  S.O.

**Qui a éteint l'incendie?**

Auto-extinction  Système d'incendie  Équipe de surveillance des risques incendies  Personnel dans la zone

Personnel de quart  Corps interne de pompiers  Corps externe de pompiers  Autre : \_\_\_\_\_

Rendement de la lutte manuelle contre l'incendie :  Première attaque réussie  Plusieurs tentatives requises  S.O.

Temps pris pour maîtriser l'incendie : \_\_\_\_\_

**Conséquences et mesures correctives**

**Modification apportée à l'exploitation à la suite de l'incendie**

Aucune modification  Modification aux mesures de surveillance du travail à chaud

Modification au mode d'arrêt  Autre : \_\_\_\_\_

**Effet de la fumée**

Aucun  Effet sur les travailleurs  Habitabilité de la salle de commande principale

Mesures manuelles  Autre : \_\_\_\_\_

**Effets secondaires**

Aucun  Inondation  Température  Pression  Autre : \_\_\_\_\_

**Effet sur les systèmes de sûreté**

Aucune perte du système de sûreté  Oui

Dans l'affirmative, veuillez décrire :

**Mesures correctives :**

---

---

---

**Effets de l'incendie :**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Documents de référence**

Énumérer tous les documents pertinents (rapport du corps de pompiers local, journal des opérations, rapport d'enquête, etc.)