

Rapport d'identification de quasi-accident/danger



SECTION 1 – IDENTIFICATION DE QUASI-ACCIDENT, INFORMATION GÉNÉRALE					
Titre du quasi accident		(par ex., Blessure, Dommage environnemental, Dommage sur des biens, etc.)			
<input type="checkbox"/> Responsable de projet <input type="checkbox"/> Entrepreneur <input type="checkbox"/> Tierce partie		Raison sociale de l'entrepreneur			
Adresse du site:			Numéro de site		
Lieu de l'ID de quasi-accident/danger		<input type="checkbox"/> Sur site <input type="checkbox"/> Hors site		Description, si hors site : (sur la route, site du client)	
Propriétaire (société pétrolière) :					
Équipement et/ou biens/propriétés impliqués dans l'ID de quasi-accident/danger :					
Date (mm/jj/aa)	__/__/__	Heure : (sur 24 h) :		__ h __	Quart de travail : <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Nuit
Rapport rempli par : (nom de la personne)				Date du rapport : __/__/__	
<i>Personnes directement engagées dans l'ID de quasi-accident/danger :</i>					
Personne 1 :		Personne 2 :			
Relation : (par ex., entrepreneur, sous-traitant, tierce partie)		Relation : (par ex., entrepreneur, sous-traitant, tierce partie)			
SECTION 2 – INFORMATION GÉNÉRALE SUR LE QUASI-ACCIDENT					
<i>Joindre des pages supplémentaires si nécessaire</i>					
Description (Quoi, Où, Quand, Qui, Comment?)					
<p>Quels sont les gestes/actes ou conditions qui ont contribué au quasi-accident ou à l'événement dangereux?</p> <p>Pourquoi cet acte/geste risqué a-t-il été commis ou pourquoi des conditions non sûres étaient-elles présentes?</p> <p>Quelles sont les étapes et mesures qui ont été adoptées pour prévenir/contrôler un incident ou des conditions similaires ?</p>					
Incident potentiel en conséquence d'une ID de quasi-accident/danger (Cocher toutes les cases pertinentes)			Autre (si non listé) :		
<input type="checkbox"/> Incendie/Explosion <input type="checkbox"/> Blessure/maladie <input type="checkbox"/> Déversement ou fuite de produit <input type="checkbox"/> Sécurité /activités criminelles Crime		<input type="checkbox"/> Dommages sur des biens ou équipements <input type="checkbox"/> Accident de véhicule (transport de personnel) <input type="checkbox"/> Transport de marchandises (matériaux) <input type="checkbox"/> Dommage sur des biens/installations d'une tierce partie		<input type="checkbox"/> Interruption des affaires <input type="checkbox"/> Contamination <input type="checkbox"/> Inspection/Rapport du gouvernement <input type="checkbox"/> Sécurité des processus	

Rempli par (signature) : _____ Date : _____