

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

Nom de la résidence : Résidence Le Montcalm - Chartwell

Adresse : 95, boul. Montcalm Nord, Candiac

Téléphone : _____

Date de l'exercice : 3 septembre 2025

Heure : 10h39

Délai d'évacuation **maximal** à respecter lors de l'exercice d'évacuation (en minutes) : 8 minutes

Temps **mesuré** lors de l'exercice d'évacuation (en minutes et en secondes) : 4 minutes 17

Nombre total de résidents dans la résidence	389	Nombre de résidents présents lors de l'exercice	+/- 369
Nombre de personnes désignées qui participent	3	Nombre de personnes désignées qui observent	9
Nombre de résidents qui n'ont pas évacué dans le délai (indiquer les numéros de chambres)	0		

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)

Tout s'est bien déroulé, chaque personne désignée savait quoi faire. Tout le personnel est resté calme et le message phonique était très clair.

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.)

Tout a bien fonctionné.

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

RIAGS

Nom du représentant

N° de téléphone

(450) 500-8250

Signature du représentant :

Date : **3 septembre 2025**

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 : **3 septembre 2025**