

## 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 : (579) 886-8892

Date de l'exercice : 26 septembre 2023

Heure : 13h30

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) : 3 minutes 52 secondes

Nombre <b>total de résidents</b> dans la résidence	<b>350</b>	Nombre de <b>résidents présents</b> lors de l'exercice	<b>350</b>
Nombre de <b>personnes désignées qui participent</b>	<b>3</b>	Nombre de <b>personnes désignées qui observent</b>	<b>3</b>
Nombre de résidents qui n'ont <b>pas évacué dans le délai</b> (indiquer les numéros de chambres)	<b>401, 411, 414, 418, 419, 429</b>		

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)

Bonne coordination. Chacun connaît bien sa tâche et le tout s'est déroulé dans le calme. Bonne utilisation du système phonique pour aviser les résidents.

---

---

---

---

---

## 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

450-500-8245

Signature du représentant :

Date : 23-11-2023

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 :