

Service d'incendie de _____

FICHE DE VÉRIFICATION – MONOXYDE DE CARBONE

INFORMATION SUR L'INTERVENTION

Nom du propriétaire ou locataire : _____ Tél.: _____
Adresse : _____ Municipalité : _____
Nature de l'intervention : _____
Date de l'intervention : _____ Heure : _____

INFORMATION SUR LES OCCUPANTS ET LEURS ACTIVITÉS

Est-ce qu'il y a des occupants qui ressentent des malaises? Oui Non

Mal de tête	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Étourdissements	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Fatigue	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Confusion	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Nausée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Autre : _____		

Est-ce que les occupants se sentent mieux à l'extérieur du bâtiment? Oui Non
Depuis que l'avertisseur de CO s'est déclenché, les occupants ont-ils arrêté les sources de CO ? Oui Non
Si oui lesquelles? _____
Ont-ils ventilé le bâtiment? Oui Non
Si oui, comment et pour combien de temps? _____

RELEVÉS DE CONCENTRATION DE CO

À l'extérieur du bâtiment (mesure de référence) : _____ ppm À l'intérieur du bâtiment : _____ ppm

Sources de CO	Localisation	1 ^{re} lecture	2 ^e lecture (si nécessaire)
Cheminée et tuyaux de fumée	_____	_____ Ppm	_____ Ppm
Chauffage central	_____	_____ Ppm	_____ Ppm
Chauffe-eau	_____	_____ Ppm	_____ Ppm
Poêle, foyer, etc.	_____	_____ Ppm	_____ Ppm
Génératrice	_____	_____ Ppm	_____ Ppm
Réfrigérateur, cuisinière, etc.	_____	_____ Ppm	_____ Ppm
Barbecue, poêle de camping, etc.	_____	_____ Ppm	_____ Ppm
Auto, camion, souffleuse, tondeuse, etc.	_____	_____ Ppm	_____ Ppm
Autre	_____	_____ Ppm	_____ Ppm

AVERTISSEUR DE CO

Marque : _____ Modèle : _____ N^o de série : _____
Emplacement adéquat oui non

Remarques : _____

Nom du pompier faisant fonctionner l'appareil de détection et de mesure : _____

Signature de l'officier qui a rempli cette fiche : _____

(À conserver dans le dossier d'intervention)