



Office national de l'énergie
Calgary (Alberta)

Annexe 1

RAPPORT D'INCIDENT DÉTAILLÉ

À la machine ou au stylo noir en caractères d'imprimerie

1

Partie réservée à l'Office		
Incident n° _____	Reçu le _____	Enquêteur de l'ONÉ _____
Observations de l'enquêteur _____		

Secrétaire
Office national de l'énergie
444 Septième Avenue S.-O.
Calgary (Alberta) T2P 0X8 • Télécopieur: (403) 292-5503

PARTIE A - RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'EXPLOITANT		
Nom de la compagnie _____		
Adresse de la compagnie _____		

Nom du pipeline _____		

PARTIE B - CIRCONSTANCES DE TEMPS ET DE LIEU DE L'INCIDENT AINSI QUE CONDITIONS ATMOSPHÉRIQUES			
Date	(mois)	(jour)	(année)

Heure (selon le système de 24 heures en précisant le fuseau horaire) _____			
Conditions atmosphériques température: _____ C° précipitations: _____ vitesse et direction du vent: _____			
Classe d'emplacement de la CSA <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4			
Emplacement (préciser l'emplacement à l'aide de mesures de chaînage (MLV, kmP), de descriptions d'arpentage ou de repères terrestres bien en évidence)			

PARTIE C - ORIGINE DU DÉVERSEMENT (cocher les éléments pertinents)	
Installation en cause:	
<input type="checkbox"/> Canalisation <input type="checkbox"/> Parc de stockage <input type="checkbox"/> Poste de pompage <input type="checkbox"/> Poste de compression <input type="checkbox"/> Régulateur/station de comptage <input type="checkbox"/> Installation de Gazoduc <input type="checkbox"/> Autre installation connexe (préciser) _____	
Matériel en cause:	
<input type="checkbox"/> Conduite <input type="checkbox"/> Vanne <input type="checkbox"/> Limiteur de pression <input type="checkbox"/> Raccord <input type="checkbox"/> Compresseur <input type="checkbox"/> Pompe <input type="checkbox"/> Récipient sous pression <input type="checkbox"/> Citerne <input type="checkbox"/> Instruments <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____	

PARTIE D - DÉVERSEMENTS (n'inclure les déversements FPV ou HPV que si la quantité est supérieure à 1,5 m³)	
<input type="checkbox"/> Gaz <input type="checkbox"/> FPV <input type="checkbox"/> HVP <input type="checkbox"/> Substance toxique	
Nom du produit ou de la substance _____	
Volume du déversement _____ m³ Volume récupéré _____ m³	
Y a-t-il eu incendie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Y a-t-il eu explosion? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

PARTIE O - RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX TÉMOINS

NOM _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE () _____
 _____ () _____
 _____ () _____
 _____ () _____
 _____ () _____

PARTIE P - CAUSES INTRINSÈQUES DE L'INCIDENT

(identifier toutes les causes intrinsèques ayant contribué à l'incident: causes intrinsèques - causes réelles ou fondamentales à l'origine des actions ou conditions dangereuses décrites comme cause immédiate, il peut y avoir plusieurs causes intrinsèques pour un même incident)

- Formation insuffisante Marches à suivre ou normes de travail non à la hauteur Outils, matériel ou matériaux non appropriés
 Entretien/conception inadéquate Non respect des méthodes ou normes de travail
 Autre (préciser) _____

Remarques supplémentaires sur certaines causes intrinsèques choisies: _____

PARTIE Q - MESURES CORRECTIVES PRISES POUR ÉVITER QUE DE TELS INCIDENTS SE REPRODUISENT

(si aucune mesure corrective n'a été prise, indiquer les raisons)

PARTIE R - NOM DE LA PERSONNE AFFECTÉE PAR LA COMPAGNIE À L'ENQUÊTE SUR L'INCIDENT

Nom _____
 Titre _____
 Téléphone () _____ Télécopieur () _____

PARTIE S - NOMS DES AUTRES ORGANISMES ENQUÊTANT L'INCIDENT

Organisme _____ Organisme _____
 Téléphone _____ Téléphone _____
 Personne-ressource _____ Personne-ressource _____
 Organisme _____ Organisme _____
 Téléphone _____ Téléphone _____
 Personne-ressource _____ Personne-ressource _____

PARTIE T - NOM ET TITRE DU REPRÉSENTANT DE LA COMPAGNIE QUI A REMPLI LE RAPPORT

Nom _____ Signature _____
 Titre _____
 Téléphone () _____ Télécopieur () _____ Date (heure) _____ (mois) _____ (jour) _____ (année) _____