



RAPPORT SGS

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Date :	Heure locale :
Lieu :	
Aéroport de départ :	Aéroport d'arrivée :
Modèle d'aéronef :	Type de vol :
# Manifeste :	Immatriculation:

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉQUIPAGE / EMPLOYÉ

Commandant :	Heures de vol :
Copilote :	Heures de vol :
Nom de l'employé :	Poste occupé :

TYPE D'ÉVÉNEMENT (COCHEZ UNE SEULE CASE SVP)

Incident :	Perte d'équipement :
Accident :	Réponse à un CADORS :
Infraction potentielle au RAC :	Bris d'équipement :
Manquement à la sécurité :	Défectuosité :
Blessure / SST / 1^{er} soins* :	Suggestion :

*En cas de blessure, remplir la portion premiers soins

Nom de l'auteur du rapport :
Numéro de téléphone :

Ce rapport doit être transmis par courriel au CASO (caso@exactair.ca)

DESCRIPTION DÉTAILLÉE DE L'ÉVÉNEMENT

Météo : **VFR** **MVFR** **IFR**

*Si vous manquez d'espace, utiliser la version longue de ce rapport.

SUGGESTION POUR ÉVITER LA RÉPÉTITION

*Si vous manquez d'espace, commencer au bas de la case précédente.

REGISTRE DES PREMIERS SOINS

DATE :

HEURE :

NOM ET PRÉNOM :

LIEU DE L'ÉVÉNEMENT :

DESCRIPTION DE LA BLESSURE

TYPE DE BLESSURE :

**COUPURE
FRACTURE
ASPERSION
ÉLECTROCUTION
BRÛLURE
CHUTE
AUTRE**

PARTIE(S) DU CORPS

**TÊTE / COU
ŒIL / DENT
HAUT DU DOS / ÉPAULE
DOS / COLONNE VERTÉBRALE
THORAX / CÔTE
ABDOMEN / VENTRE
BRAS
POIGNET / MAIN / DOIGT
HANCHE / BASSIN
JAMBE / GENOU
CHEVILLE / PIEDS / ORTEILS**

GRAVITÉ :

**MINEURE
MOYENNE
SÉVÈRE / HÔPITAL
AUTRE**

DESCRIPTION DE LA BLESSURE « AUTRE » OU DE GRAVITÉ « AUTRE »

DESCRIPTION DES SOINS ADMINISTRÉS ET TRANSPORT UTILISÉ (SI REQUIS)

TÉMOIN :

NOM DU SECOURISTE :

SECTION RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION

IMPACT SUR LES OPÉRATIONS / SERVICE À LA CLIENTÈLE

--

ÉVALUATION DU RISQUE

Probabilité de l'événement	Sévérité du risque				
	Catastrophique A	Dangereuse B	Majeure C	Mineure D	Négligeable E
Fréquente 5	5A	5B	5C	5D	5E
Occasionnelle 4	4A	4B	4C	4D	4E
Faible 3	3A	3B	3C	3D	3E
Improbable 2	2A	2B	2C	2D	2E
Extrêmement improbable 1	1A	1B	1C	1D	1E

MESURES CORRECTIVES ADOPTÉES POUR ÉVITER LA RÉPÉTITION

--

NOM(S) DU OU DES PERSONNE(S) RESSOURCE