



PLONGÉE SOUS-MARINE RAPPORT D'ACCIDENT CONFIDENTIEL

La FQAS vous demande, à titre de personne témoin d'un événement qui a mis en péril la sécurité d'une personne pratiquant la plongée sous-marine, ou qui a été victime d'un tel événement, de bien vouloir remplir ce formulaire en lettres moulées et le retourner dans un délai de 7 jours à l'adresse suivante :

Fédération Québécoise des Activités Subaquatiques, 4545, Pierre-de-Coubertin, C.P. 1000 Succ.M Montréal Qc. H1V 3R2.

Le formulaire devrait être complété même si la victime sort de son aventure sans séquelle physique. Grâce à votre collaboration, il sera possible de recueillir des informations dont l'analyse permettra de mieux orienter les actions destinées à réduire les risques d'accident de plongée sous-marine.

COMMENT REMPLIR LE FORMULAIRE

Dans tous les cas, donnez la réponse qui vous semble la plus juste. Si vous ne connaissez pas la réponse à une question, ne répondez pas et passez à la suivante. Dans le cas où il y aurait plus d'un accident, complétez un formulaire pour chacun. Pour obtenir plus d'informations sur la façon de remplir le formulaire, n'hésitez pas à communiquer avec la FQAS au 1 866-391-8835 ou 514-252-3009

IMPORTANT : les informations contenues dans ce rapport seront traitées confidentiellement. Elles seront codées de manière à ce que les noms des lieux et des personnes ne puissent pas être identifiés et les formulaires des rapports seront aussitôt détruits.

QUALITÉ : S'il vous plaît ne rapportez pas d'ouï-dire.

INSTRUCTIONS : En plus de cocher une ou plusieurs d'options dans chaque titre, écrivez simplement dans vos propres mots une description de ce qui est arrivé. Ce récit est la chose la plus importante du rapport.

ACCIDENT

Date : _____ **Heure :** _____ (indiquer l'heure selon le système international)
Année mois jour heure minutes

Lieu (adresse s'il y a lieu)

Conséquence : blessure _____ décès _____ santé séquelle physique _____

Témoin (personne rédigeant ce rapport) :

Nom prénom téléphone

À qui l'accident est survenu ?

Vous..... VS Votre binôme..... VB Quelqu'un d'autre. ... QA

À quel moment l'accident a-t-il eu lieu ?

Entrée EN Descente DS Après la sortie AS
Pendant la plongée DD Remontée RE Sortie..... SE

Est-ce que le plongeur avait un problème quelconque de santé avant l'accident ?

Oui Aucun Inconnu

Spécifier :

Est-ce que le plongeur était médicamenté ?

Oui Non Inconnu

Spécifier :

Qualification du plongeur

Plongeur en formation	PF	<input type="checkbox"/>	Open Water	OW	<input type="checkbox"/>
Plongeur avancé	PA	<input type="checkbox"/>	Divemaster	DM	<input type="checkbox"/>
Moniteur de plongée	MP	<input type="checkbox"/>	Aucun	AU	<input type="checkbox"/>
Inconnu	IU	<input type="checkbox"/>			

Facteurs ayant contribué (Cochez autant que vous voulez) :

Connaissance inadéquate pour ce type de plongée	<input type="checkbox"/>	Respiration sur source d'air alternative	<input type="checkbox"/>
Peu familier avec l'environnement	<input type="checkbox"/>	Problème de flottabilité	<input type="checkbox"/>
Peu familier avec l'équipement	<input type="checkbox"/>	Problème d'arrêt de sécurité	<input type="checkbox"/>
Manque de planification de plongée	<input type="checkbox"/>	Manque de communication avec le copain	<input type="checkbox"/>
Fatigue	<input type="checkbox"/>	Vie marine	<input type="checkbox"/>
Inquiétude	<input type="checkbox"/>	Problème d'équilibrage	<input type="checkbox"/>
Distraction	<input type="checkbox"/>	Mauvaise visibilité	<input type="checkbox"/>
Mauvaise forme physique	<input type="checkbox"/>	Fort courant	<input type="checkbox"/>
Narcole	<input type="checkbox"/>	Avion < 24hrs après plongée	<input type="checkbox"/>
Erreur de jugement	<input type="checkbox"/>	Altitude > 300ms après plongée	<input type="checkbox"/>
Communication insuffisante	<input type="checkbox"/>	Panique	<input type="checkbox"/>
Défaillance de l'équipement	<input type="checkbox"/>	Lestage	<input type="checkbox"/>
Nausée, vomissement	<input type="checkbox"/>	Autres :	<input type="checkbox"/>
Manque d'air	<input type="checkbox"/>		
Incapable de ralentir durant la remontée	<input type="checkbox"/>		

Premiers soins : (spécifiez)

Mélanges de gaz employés :

- Air
- Nitrox
- HélioX / Trimix
- Oxygène 100%

Nous tenons à vous remercier de votre collaboration