

## DECLARATION D'UN EVENEMENT SIGNIFICATIF IMPLIQUANT LA SURETE, LA RADIOPROTECTION OU L'ENVIRONNEMENT (INB)

**Référence :** ..... **Date :** ..... **Indice :** .....

Description		
Site : .....	INB : .....	Atelier/laboratoire /réacteur : .....
Etat de l'installation /atelier :	<input type="checkbox"/> en construction <input type="checkbox"/> en fonctionnement <input type="checkbox"/> en arrêt pour maintenance	<input type="checkbox"/> en CDE* <input type="checkbox"/> en MAD*/DEM* <input type="checkbox"/> autre : .....
Etat du réacteur (spécifique REP*) :	<input type="checkbox"/> RP <input type="checkbox"/> AN/GV <input type="checkbox"/> AN/RRA	<input type="checkbox"/> API <input type="checkbox"/> APR <input type="checkbox"/> RCD <input type="checkbox"/> indépendant <input type="checkbox"/> autre : .....
Activité de l'installation/atelier lors de l'événement (installation autre que REP*) :	<input type="checkbox"/> en exploitation normale <input type="checkbox"/> en intervention	<input type="checkbox"/> en maintenance <input type="checkbox"/> en essais
Date et heure de l'événement : .....		Date et heure de détection : .....
Libellé de l'événement : .....		
L'événement est-il générique : ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Si oui : site ou activité concernés : .....		
Domaines impactés et critère de déclaration correspondant :	<input type="checkbox"/> sûreté <input type="checkbox"/> radioprotection <input type="checkbox"/> environnement	critère : ..... critère : ..... critère : .....
Analyse préliminaire		
Description de l'événement : .....		
Détection de l'événement :	<input type="checkbox"/> action automatique - alarmes <input type="checkbox"/> inspection externe (ASN...) <input type="checkbox"/> conduite - constat opérateur <input type="checkbox"/> fortuite - observation individuelle hors procédure <input type="checkbox"/> maintenance	<input type="checkbox"/> essais, contrôles <input type="checkbox"/> retour d'expérience <input type="checkbox"/> surveillance, inspection interne <input type="checkbox"/> réexamen, réévaluation de sûreté <input type="checkbox"/> autre : .....
Origines présumées de l'événement :	<input type="checkbox"/> causes techniques <input type="checkbox"/> causes humaines <input type="checkbox"/> causes organisationnelles	<input type="checkbox"/> agressions externes <input type="checkbox"/> autre : .....
Fonctions de sûreté impactées :	<input type="checkbox"/> criticité/réactivité <input type="checkbox"/> confinement <input type="checkbox"/> refroidissement	<input type="checkbox"/> fonctions supports <input type="checkbox"/> perte ou découverte de source radioactive
Conséquences sur les personnes :	<input type="checkbox"/> évacuation sanitaire <input type="checkbox"/> contamination chimique	<input type="checkbox"/> blessure <input type="checkbox"/> contamination microbiologique

Conséquences réelles : .....		
Conséquences potentielles (sur la base de scénario réaliste) : .....		
Mesures correctives immédiates : .....		
Actions entreprises pour éviter le renouvellement de l'événement : .....		
Etat final de l'installation et du matériel concerné : .....		
Proposition de classement de l'événement		
<input type="checkbox"/> <b>Au titre de la sûreté</b>	<input type="checkbox"/> <b>Au titre de la radioprotection</b>	
Classement de base proposé : .....	Classement de base proposé : .....	
<b>Eléments de classement :</b> initiateur attendu : .....	Facteur supplémentaire éventuel : .....	
fonction de sûreté concernée : .....	.....	
disponibilité de la fonction de sûreté : .....	.....	
Facteur supplémentaire éventuel : .....	.....	
Classement INES proposé : .....	Classement INES proposé : .....	
Communication externe		
Une communication externe est-elle envisagée sur cet événement ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Si oui : par qui ? .....	A qui ? .....	Quand ? .....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
Responsable à contacter pour plus d'information		
Nom : .....	Prénom : .....	Fonction : .....
.....	.....	.....
Téléphone : .....	Télécopie : .....	Mel : .....
.....	.....	.....
Validation par le directeur d'établissement ou son représentant		
Nom : .....	Prénom : .....	Fonction : .....
.....	.....	.....
Signature : .....		