

NEW BRUNSWICK PAINT RECYCLING PROGRAM

EMERGENCY and/or INCIDENT REPORT

(Page 1 of 2)

Depot Name: _____

Depot Location: _____

Employee Name: _____

Telephone Number: _____

Date of incident: _____

Time of incident: _____

Check one of the following emergencies and fill out the appropriate information:
(Attach a separate form if you need more space)

SPILL?

Spill in parking lot

Spill in reception area

Spill caused chemical reaction, if so list the chemicals involved (if known):

Customer caused the spill

Type of surface spilled on

gravel asphalt concrete wood

Spill in other area:

FIRE?

Fire in parking lot

Fire in paint aerosol drum

Fire Department called

Fire in any other location _____

Fire in reception area

Fire in paint tubskids

Fire extinguishers used (If so, the unit(s) must be serviced)

PROPERTY DAMAGE?

Equipment Damaged

Tubskid damaged

Building Damaged

Other property damaged



EMERGENCY AND/OR INCIDENT REPORT

(Page 2 of 2)

Describe in detail the incident, or accident (This includes exposure to chemicals, smoke, chemical inhalation and bodily injuries, as well as property damage. If a spill occurred, what was spilled, and any other information that is important to this incident) – Use additional paper if necessary

Describe your response effort (what did you do?) – Use additional paper if necessary

Was staff wearing protective gear?

YES

NO

Was anyone hurt?

YES

NO

If yes, please attach a copy of the WorksafeNB Form and Record to this report

What are your suggestions to help prevent this incident from happening in the future?

Telephone and report the incident immediately on the emergency telephone line if the spill involves more than 2 gallons of paint or if the spill escapes into the environment or if there is an injury or fire. Please complete the information and fax or email (and other forms if applicable) to Product Care.

EMERGENCY TELEPHONE (24 HOURS)
1-888-772-9772

Email: lori@productcare.org
Fax: 1-866-975-2982

Employee Name _____

Signature _____

Manager Name _____

Signature _____

PROGRAMME DE RECYCLAGE AU NOUVEAU BRUNSWICK

URGENCE et/ou RAPPORT D'INCIDENT

(Page 1 of 2)

Nom du Dépôt: _____

Lieu du Dépôt: _____

Nom de l'employé : _____

Numéro de
Téléphone: _____

Date de l'incident: _____ Heure de
l'incident: _____

Cochez les cas d'urgence s'appliquant et remplir avec l'information pertinente :

(joindre une feuille séparément si vous avez besoin de plus de place)

DÉVERSEMENT?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Déversement dans le stationnement | <input type="checkbox"/> Déversement causée par le client |
| <input type="checkbox"/> Déversement à l'accueil | <input type="checkbox"/> surface sur laquelle se situe le déversement |
| <input type="checkbox"/> Déversement causé par une réaction chimique, si oui mettre la liste des produits chimiques concernés (si connu): | <input type="checkbox"/> gravier <input type="checkbox"/> asphalte <input type="checkbox"/> béton <input type="checkbox"/> bois |
| _____ | <input type="checkbox"/> Déversement dans une autre zone: _____ |

INCENDIE?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Incendie dans le stationnement | <input type="checkbox"/> Incendie à l'accueil |
| <input type="checkbox"/> Incendie dans le baril de peintures en aérosol | <input type="checkbox"/> Incendie dans les bacs à peinture |
| <input type="checkbox"/> Appel des pompiers | <input type="checkbox"/> Extincteurs d'incendie utilisés (si oui, l'extincteur (s) doit être rempli) |
| <input type="checkbox"/> Incendie dans un autre lieu _____ | |

DOMMAGE AUX BIENS ET BATIMENTS?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Equipements endommagés | <input type="checkbox"/> Bâtiments endommagés |
| <input type="checkbox"/> Bacs endommagés | <input type="checkbox"/> Autres biens endommagés |
| | _____ |



URGENCE ET/OU RAPPORT D INCIDENT

(Page 2 of 2)

Décrire en détail l'incident, ou l'accident (Ceci inclut l'exposition à des produits chimiques, fumée, inhalation de produits chimiques, blessures, dommages aux biens et bâtiments. Si un déversement est survenu, qu'est-ce qui a été renversé, et toutes autres informations pertinentes en rapport avec cet incident) – Utiliser des feuilles supplémentaires si nécessaire

Décrire vos actions en réponse à l'incident (Qu'avez-vous fait?) – Utilisez des feuilles supplémentaires si nécessaire

Est-ce que le personnel portait des vêtements / équipements de protection?

OUI

NON

Quelqu'un a-t-il été blessé?

OUI

NON

Si oui, joindre une copie du formulaire de Travail Sécurité NB et l'enregistrement de ce rapport.

Quelles sont vos suggestions pour éviter qu'un tel incident se reproduise dans le futur?

Appelez et rapportez l'incident immédiatement au numéro d'urgence ci-dessous si le déversement dépasse 2 gallons de peinture, si le déversement a causé des dommages à l'environnement, en cas de blessure ou d'incendie. S'il vous plait, complétez le document et « faxez-le » ou envoyez-le par courriel (et tout autre document si applicable) à Product Care.

TELEPHONE D'URGENCE (24 HEURES)
1-888-772-9772

courriel: lori@productcare.org
Fax: 1-866-975-2982 (sans frais)

Nom de l'Employé

Signature _____

Nom du Directeur

Signature _____