

Si vous souhaitez que ce formulaire reste confidentiel cochez cette case

Date de rédaction du REX:

NOM - Prénom

Trigramme:

Matricule C/P:

Situation de l'Evènement

Date :

Heure locale :

Description de la rotation :

Vol / étape au cours duquel/de laquelle la fatigue s'est faite sentir (s'est produite) : DE : A :

Conditions de la rotation : normales

dégradées

Type d'Avion:

Perturbé(e) ? Oui non

Que s'est-il produit ?

Décrivez ce que vous avez ressenti ou observé :

- | | |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Entièrement vigilant, bien réveillé(e) | 5. <input type="checkbox"/> Moyennement fatigué, à plat |
| 2. <input type="checkbox"/> Très vif, quelque peu vigilant mais pas en pleine forme | 6. <input type="checkbox"/> Extrêmement fatigué, avec des difficultés à me concentrer |
| 3. <input type="checkbox"/> Relativement en forme | 7. <input type="checkbox"/> Complètement épuisé |
| 4. <input type="checkbox"/> Un peu fatigué, pas très en forme | |

Veuillez marquer ci-dessous d'une X le point indiquant l'état dans lequel vous vous sentiez:

vigilant ●-----● somnolent(e)

Pour quelle(s) raison(s) selon vous cela s'est-il produit ?

Fatigué(e) avant la rotation	oui / non	Depuis combien de temps étiez-vous réveillé(e) lorsque la fatigue s'est produite?	hrs	mn
Hôtel	oui / non			
Domicile	oui / non	Combien de temps aviez-vous dormi dans les 24h précédentes ?	hrs	mn
L'étape en elle-même	oui / non			
Stand by	oui / non	Combien de temps aviez-vous dormi dans les 72h précédentes ?	hrs	mn
Perturbé(e)	oui / non			
Personnel	oui / non			
Autre	_____	Petit somme cabine?	oui /non	Si oui: début fin

Comment avez-vous réagi ?

mesures prises afin de gérer ou réduire la fatigue

Suggestions d'améliorations

