

Section 1 : Renseignements généraux

Nom(s) de l'employé(e)/des employé(e)s : Êtes-vous : II IAA

Employeur :

Bureau principal/équipe/secteur/programme :

Date à laquelle le fait est survenu : Heure :

Heures travaillées : Heures en appel :

Nbre d'employé(e)s permanent(e)s : II IAA PCP Soutien administratif

Nbre réel d'employé(e)s permanent(e)s : II IAA PCP Soutien administratif

Manque de personnel attribuable à : Appel - maladie Postes vacants Congé d'urgence Vacances

Surtemps d'infirmière(er): Oui Non Nbre d'employé(e)s : Nbre d'heures :

Avez-vous manqué votre : Période de repas Oui Non Période de repos/pause : Oui Non

Nom du (de la) surveillant(e) à qui vous avez signalé le fait :

Section 2 : Détails relatifs au fait

Résumez brièvement le fait et son incidence sur les soins aux clients.

La sécurité du client ou du personnel infirmier était-elle compromise? Oui Non

Comment?

Charge de travail non achevée :

Est-ce un incident isolé? Oui Non Problème continu? Oui Non

Section 3 : Soins aux clients et autres facteurs constants liés au fait

Cochez le ou les facteurs qui, selon vous, contribuent au problème de la charge de travail et expliquez.

Absence d'équipement/mauvais fonctionnement :
Expliquez.

Affectation non prévue/variables non contrôlées :
Précisez.

Changement dans l'acuité des besoins du client :
Expliquez.

Clients assignés au moment du fait :

Déplacement/distance

Météo/conditions

Nombre de membres de la famille :

Nombre de nouveaux clients à évaluer (clients sans cesse dirigés) :

Nombre de sorties du programme :

Nombre de transferts du service :

Normes non respectées

Présentation annulée

Sécurité menacée

Précisez.

Tâches non liées aux soins infirmiers

Précisez.

Autres

Précisez.

Section 4 : Charge de travail

Au moment du fait, la charge de travail planifiée était :	Prévue (P)	Heure prévue	Réelle (R)	Heure réelle
---	------------	--------------	------------	--------------

Déplacements (nombre de voyages)

Documentation/administration

(c.-à-d. téléphones, formalités administratives, fournitures)

Formation en cours d'emploi/présentations

Nombre de clients évalués

Réunions publiques/réunions d'équipe/travail de bureau, etc.

Visites à domicile/visites à l'école/cliniques/appels

téléphoniques/hôpital, etc.

Autre (c.-à-d. donner une présentation, etc.)

Si le personnel est mis à disposition, précisez le nombre d'employé(e)s et leur catégorie :

Catégorie (ISP, commis, autre)	Heures de mise à disposition du personnel	Orientation requise sur place :		Précisez la durée de l'orientation.
		Oui	Non	
		Oui	Non	
		Oui	Non	
		Oui	Non	

Section 5 : Recommandations

Parmi les éléments ci-dessous, cochez celui ou ceux qui, selon vous, devraient être abordés pour prévenir une situation semblable :

Examen des besoins du client et de sa famille

Examen des politiques et des procédures

Examen du ratio infirmier(ère) immatriculé-clients

Examen du ratio infirmier(ère) auxiliaires autorisé(e)-clients

Formation en cours d'emploi

Nombre d'employés de soutien

Normes professionnelles

Orientation

Réserve d'employé(e)s à temps partiel

Vérification des mesures de la charge de travail

Équipement

Précisez :

Autre

Précisez :

Section 6 : Signature de l'employé(e) ou des employé(e)s

Je demande/Nous demandons que ces préoccupations soient transmises au comité d'exercice de la profession.

Signature :	Date :
Signature :	Date :
Signature :	Date :
Signature :	Date :
Date soumise :	Heure :

Section 7 : Commentaires de la direction

Veuillez fournir toute information relative au présent rapport, y compris toute mesure prise pour corriger la situation, s'il y a lieu.

Signature de la direction :	Date :
-----------------------------	--------

Section 8 : Recommandations du comité d'exercice de la profession

Le comité d'exercice de la profession recommande ce qui suit pour prévenir des situations semblables :

Le problème est-il résolu? Oui Non

- Copies à :
1. Gestionnaire
 2. Président(e) de la section locale du SIINB
 3. Membre

Date :