

**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	

#### 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 :
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 :