

Infirmier(ère) gestionnaire et surveillant(e) – Comité d'exercice de la profession

Rapport sur les conditions de travail

Section 1 : Renseignements généraux

Nom(s) de l'employé(e)/des employé(e)s :

Employeur :

Unité/secteur/programme :

Date où le fait est survenu :

Heure :

Relais : 7,5 heures 11,25 heures Autre:

N^{bre} empl. permanent(e)s : II IAA PSP Empl. de bureau

N^{bre} réel empl. permanent(e)s : II IAA PSP Empl. de bureau

Manque de personnel attribuable à : Appel - maladie Congé prolongé Poste vacants

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

Surtemps requis : Oui Non

Nom du (de la) directeur(trice) du programme ou du (de la) surveillant(e) immédiat(e) à qui vous avez signalé le fait :

Section 2 : Détails relatifs au fait

Présentez un résumé détaillé du fait (quoi, quand, où et pourquoi).

La sécurité du patient ou du personnel l'infirmier était-elle compromise?

Oui

Non

S.O.

Comment?

Charge de travail non achevée (p. ex. impossibilité d'assister aux réunions, report de l'évaluation du rendement, tournées du (de la) surveillant(e) non effectuées...)

Est-ce un incident isolé? Oui Non

Problème continu? Oui Non

Oui

Non

Section 3 : Facteurs liés aux soins aux patients ayant contribué au fait

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

Changement dans l'acuité des besoins du patient :

Dotation en personnel.

Précisez :

Nombre de cas complexes :

Nombre de patients visés par une mesure de lutte contre les infections :

Protocole de surcapacité en vigueur?

Précisez.

Recensement des patients au moment du fait :

Visiteurs/membres de la famille / suivi des plaintes. Précisez :

Autre :

Précisez.

Infirmier(ère) gestionnaire et surveillant(e) – Comité d'exercice de la profession

Rapport sur les conditions de travail

Section 4 : Recommandations

Parmi les éléments ci-dessous, cochez celui ou ceux qui, selon vous, devraient être abordés pour prévenir des situations semblables.

Changement à l'aménagement de l'unité

Consultation/communication

Création d'un poste d'infirmier(ère) gestionnaire de l'équipe flottante

Délégation des tâches/responsabilités aux infirmier(ère)s gestionnaires d'autres départements, secteurs ou services

Dotation en personnel de soutien interne

Dotation en personnel infirmier immatriculé

Équipe flottante et réserve d'employé(e)s occasionnel(les)

Examen des politiques et des procédures

Examen des statistiques de mesure de la charge de travail/recommandation d'un modèle de soins/recommandations sur la dotation en personnel de base

Formation/perfectionnement continue

Orientation

Remplacement en cas d'appels d'absence pour maladie, jours fériés payés, autres absences d'un(e) infirmier(ère) gestionnaire/surveillant(e)

Service à l'interne

Autre :

Section 5 : Signature et coordonnées de l'employé(e) ou des employé(e)s

Signature :

Coordonnées :

Signature :

Coordonnées :

Signature :

Coordonnées :

Section 6 : Commentaires de la direction

Veillez 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 7 : Recommandations du comité d'exercice de la profession

Afin de prévenir des situations semblables, le comité d'exercice de la profession recommande ce qui suit :

Le problème est-il résolu? Oui Non

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

Date :