

Hôpital Foyers de soins – Comité d'exercice de la profession

Rapport sur les conditions de travail

Section 1 : Information généraux

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

Employeur :

Nombre de lits :

Date de l'incident :

Heure :

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

N^{bre} régulier de l'empl. permanent(e)s : II IAA PSP Commis/secrétaire

N^{bre} actuel empl. permanent(e)s : II IAA PSP Commis/secrétaire

Étiez-vous l'infirmière ou l'infirmier responsable (*in charge*)? Oui Non

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

Heures supplémentaires I.I. : Oui Non Combien d'I.I. Heures totales?

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

Nom de la directrice des soins infirmiers à qui vous avez signalé l'incident :

Section 2 : Détails de l'incident

Faire un résumé concis de ce qui s'est passé et de l'impact sur les soins aux résidents

La sécurité du résident ou de l'infirmier(ère) a-t-elle été compromise et est-ce qu'il a été impossible de compléter la charge de travail ? (par ex. : insuline ou héparine non vérifiées deux fois; rondes pas faites à toutes les heures, ou autre) Préciser ci-dessous Oui Non

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

Section 3 : Facteurs liés aux, aux personnel infirmier, aux résidents, ou au milieu, et qui ont contribué à l'incident ou au problème

Cochez le ou les facteurs qui, selon vous, contribuent au problème lié à la charge de travail et donner des détails

- Changement par rapport à l'acuité des besoins des résidents : (par ex. chutes) Préciser
- Nombres de résidents faisant l'objet de précautions en raison d'infections :
- Nombre d'admissions : Nombre de décès : Nombre de transferts à l'hôpital
- Manque d'équipements ou équipements défectueux - précisez.
- Visiteurs/membres de la famille
- Épidémie au sein du foyer
- Ordres du médecin ou de l'infirmière praticienne
- Problèmes liés aux communications ou aux processus
- Facteurs exceptionnels liés aux résidents (beaucoup de temps et d'attention requis pour répondre aux attentes ou besoins des résidents). Précisez
- Tâches non liées aux soins infirmiers - Précisez.

Hôpital Foyers de soins – Comité d'exercice de la profession

Rapport sur les conditions de travail

Section 4 : Recommandations

Cochez les éléments pertinentes dont il faut tenir compte pour éviter que cela se reproduise :

- Formation sur place
- Orientation
- Revoir le ratio infirmière immatriculée-résidents
- Changement à l'aménagement de l'unité
- Changer les heures de début ou de fin des quarts de travail
- Revoir les statistiques relatives à la mesure de la charge de travail
- Élaborer des outils de mesure de la charge de travail
- Adapter en conséquence la dotation en personnel de soutien de bureau
- Adapter en conséquence la dotation en personnel infirmier auxiliaire autorisé(e)
- Adapter en conséquence la dotation en personnel infirmier immatriculé
- Adapter en conséquence la dotation en personnel préposé(e) aux soins des résidents
- Nombre d'inf. occasionnelles
- Revoir les politiques et des procédures
- Remplacer congés de maladie, vacances, jours fériés rémunérés, autres absences
- Équipement - préciser
- Autre :

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

Signature : Tél./courriel personnel :

Signature : Tél./courriel personnel :

Soumis le :

Section 6 : Commentaires de l'Employeur

Veuillez fournir toute information en réponse à ce rapport, y compris toute mesure prise pour remédier la situation, s'il y a lieu.

Signature de l'Employeur :

Date :

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

Le comité d'exercice de la profession recommande ce qui suit pour prévenir un incident similaire :

Le problème est-il résolu? Oui Non

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