

**Section 1 : Renseignements généraux**

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

Employeur :

Unité/secteur/programme :

Date où le fait est survenu : Heure :

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

N<sup>bre</sup> empl. permanent(e)s :  II  IAA  PSP  Empl. de bureau

N<sup>bre</sup> 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 de l'infirmière gestionnaire ou surveillante à qui vous avez signalé le fait :

**Section 2 : Détails relatifs au fait**

Présentez un résumé détaillé du fait et de son incidence sur les soins aux patients (quoi, quand, où et pourquoi).

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

Comment?

Charge de travail non achevée (p. ex. insuline ou héparine non vérifiée à nouveau; rondes des patients non effectuées toutes les heures, autre) :

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

Manque d'équipement/mauvais fonctionnement/fournitures - précisez.

Nombre d'admissions : Nombre de congés : Nombre de transferts :

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 - précisez.

Autre : (tâches non liées aux soins infirmiers, supervision d'étudiant(e)s, mentorat, etc.) Précisez.

**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
- Dotation en personnel de soutien de bureau
- Dotation en personnel infirmier auxiliaire autorisé(e)
- Dotation en personnel infirmier immatriculé
- Dotation en personnel préposé(e) aux soins des patients
- 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
- Orientation
- Remplacement en cas d'appels d'absence pour maladie, jours fériés payés, autres absences
- 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 : |
| Signature : | Coordonnées : |

**Section 6 : 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 7 : 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 :