

FORMULAIRE DE PLAINTE RELATIVE À LA CHARGE DE TRAVAIL POUR LE PERSONNEL AUTRE QUE LES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES AUTORISÉS

Le formulaire doit être **entièrement** rempli avant d'être soumis pour examen.

Les parties conviennent que la qualité des soins aux patients est optimisée lorsque les problèmes concernant la pratique professionnelle, l'état des patients, de même que la variation tant de la charge de travail que de la dotation en personnel sont réglés de façon rapide et efficace.

SECTION 1: RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom/noms de l'employée/employé/des employés déposant la plainte (en majuscules svp)

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Service/Secteur/Programme : _____

Établissement/Lieu : _____

Date de l'événement : _____

Heure de l'événement : _____

Durée du quart de travail : 7,5 heures 11.25 heures Autre _____

Nom du/de la chef ou superviseur/superviseure : _____

Heure à laquelle il ou elle a été informé de l'événement : _____

Date de remise du formulaire à l'employeur : _____

SECTION 2: CONDITIONS DE TRAVAIL

Afin de permettre un règlement efficace du problème de charge de travail, veuillez détailler les conditions de travail qui existaient au moment de l'événement en fournissant les renseignements suivants :

Type de travail effectué (prière de décrire)

N^{bre} de personnes au travail : _____ N^{bre} habituel de personnes au travail : _____

S'il y avait moins de personnes au travail que d'habitude au moment de l'événement, veuillez expliquer pourquoi :

SECTION 3: DÉTAILS DE L'ÉVÉNEMENT

Il s'agit d'un : Incident isolé Problème continu (*Cochez une des deux cases*)

Je/nous, soussigné, estime/estimons avoir été affecté à des tâches qui soit étaient excessives ou incompatibles avec la qualité des soins aux patients, soit créaient un milieu de travail dangereux, et ce, pour les raisons suivantes : (décrivez brièvement le problème/les tâches ci-après, y compris ce qui s'est passé, en quoi les tâches étaient incompatibles avec la qualité des soins aux patients ou créaient un milieu de travail dangereux, voire les deux, où l'incident a eu lieu).

SECTION 4: RÉPARATION

a) Au moment où un problème de charge de travail se produit, discutez-en avec le service, secteur ou programme pour élaborer des stratégies permettant de répondre aux besoins des patients. Décrire en détail en quoi cela a permis ou non de régler le problème :

b) Faute d'un règlement du problème au moment de l'événement, demandez immédiatement de l'aide à votre chef ou à superviseure immédiate ou superviseur immédiat qui est responsable de régler dans les meilleurs délais tout problème de charge de travail. Détails de votre discussion :

c) Le problème a-t-il été réglé? Oui Non

Détaillez comment le problème a été réglé ou en quoi il n'a pas été réglé :

SECTION 5: RECOMMANDATIONS

Pour rectifier ce problème, je recommande/nous recommandons ce qui suit :

SECTION 6: SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ/DES EMPLOYÉS

Signature: _____

Date: _____

N° de téléphone : _____

Courriel : _____

Signature: _____

Date: _____

N° de téléphone : _____

Courriel : _____

Signature: _____

Date: _____

N° de téléphone : _____

Courriel : _____

Signature: _____

Date: _____

N° de téléphone : _____

Courriel : _____

SECTION 7: OBSERVATIONS DE L'EMPLOYEUR

Le ou la chef (ou la personne qu'il ou elle désigne à cet effet) fournit une réponse écrite à l'employée ou employé, ou aux employés, selon le cas, avec une copie au président ou à la présidente de l'unité de négociation. Veuillez fournir toute information ou observation obtenue en réponse à ce rapport, y compris les mesures prises pour rectifier le problème, le cas échéant :
