

# Hôpital – 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

N<sup>bre</sup> empl. permanent(e)s : II \_\_\_\_\_

IAA \_\_\_\_\_

PSP \_\_\_\_\_

Empl. de bureau \_\_\_\_\_

11,25 heures

N<sup>bre</sup> réel empl. permanent(e)s : II \_\_\_\_\_

IAA \_\_\_\_\_

PSP \_\_\_\_\_

Empl. de bureau \_\_\_\_\_

Autre

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 de l'infirmier(ère) 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

Recensement des patients au moment du fait

Nombre d'admissions : \_\_\_\_\_

Nombre de congés \_\_\_\_\_

Nombre de transferts : \_\_\_\_\_

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

Visiteurs/membres de la famille - précisez. \_\_\_\_\_

Nombre de patients visés par une mesure de lutte contre les infections \_\_\_\_\_

Protocole de surcapacité en vigueur? \_\_\_\_\_

Précisez. \_\_\_\_\_

# Hôpital – Comité d'exercice de la profession

## Rapport sur les conditions de travail

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.

- Service à l'interne
- Orientation
- Changement à l'aménagement de l'unité
- Examen des statistiques de mesure de la charge de travail
- Dotation en personnel infirmier immatriculé
- Dotation en personnel de soutien
- Équipe flottante et réserve d'employé(e)s occasionnel(les)
- Examen des politiques et des procédures
- Remplacement en cas d'appels d'absence pour maladie, jours fériés payés, autres absences
- 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 : \_\_\_\_\_