Date : Heure :

Nom du superviseur(e) :

**SECTION 1 : INFORMATION GÉNÉRALE** (imprimer svp)

Nom(s) de(s) employé(s) faisant le rapport : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Classification :

Département :

Date de l’événement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Heure de l’événement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ Relai de 7,5 heures ❑ Relai de 11,25 heures ❑ Relai de heures

 ❑ Jour ❑ Soirée ❑ Nuit

**SECTION 2 : DÉTAILS DE L’INCIDENT / CONDITIONS DE TRAVAIL**

Fournir une courte description de l’incident : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cochez svp : ❑ Est-ce un incident isolé ? OU ❑ Une situation de longue durée ?

\*S’il existait un manque de personnel pendant l’incident en question (y inclut le personnel de soutien), veuillez cocher laquelle (lesquelles) s’applique(ent) :

 ❑ Congés/vacances ❑ Congé(s) de maladie ❑ Poste(s) vacant(s)

**SECTION 3 : LES FAITS CONTRIBUANTS À L’INCIDENT**

Veuillez cocher le(s) facteur(s) que vous pensez ont contribué à la charge de travail, s’il y a lieu :

❑ Modification de l’acuité du patient. Fournir les détails :

❑ Le nombre d’admission \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Le nombre de libération \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ Manque d’équipement / Défectuosité de l’équipement et/ou fournitures. Fournir les détails :

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ Autre : (prière de fournir des détails)

**SECTION 4 : RÉSOLUTION**

1. Au moment où la charge de travail a commencé, est -ce que vous avez discuté avec votre superviseur(e) ❑ Oui ❑ Non

 Fournir les détails :

Est-ce qu’il y a eu une résolution ? ❑ Oui ❑ Non

1. Avez-vous discuté de l’incident avec le(la) superviseur(e) (ou personne désignée) lors de leur arrivée au travail ? ❑ Oui ❑ Non

Fournir les détails :

Est-ce qu’il y a eu une résolution ? ❑ Oui ❑ Non

**SECTION 5 : RECOMMENDATIONS**

Cocher, s’il y a lieu, les questions vous pensez doivent être adressées pour éviter un événement semblable :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ❑ Perfectionnement professionnel  | ❑ Formation additionnelle  |   |  |
| ❑ Révision du rationnel personnel-patient | ❑ Révision des politiques et procédures  |  |  |
| ❑ Modifier le début/arrêt des relais. Prière de fournir les détails :  | ❑ Modifier le travail habituel / quota  |  |  |
| ❑ Rajustement du personnel  | ❑ Remplacement des congés de maladie et de vacances  |  |  |
| ❑ Équipement (prière de fournir les détails)  |
| ❑ Autre :    |

**SECTION 6 : SIGNATURE(S) DE(S) L’EMPLOYÉ(ES)**

Les mesures correctives ne répondent pas adéquatement à nos préoccupations.

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date soumise : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Prière de retourner le Formulaire sur la Charge de travail à un membre de l’Exécutif de votre section locale.**

scb491

Novembre 2016