



Plainte Ponctuelle de surcharge de travail

Date : _____ Centre d'activité : _____ Quart de travail : _____

Quota : **Faire photocopie de la répartition du personnel et la joindre à la plainte svp.**

Titre d'emploi	Quota de base	Quota en place	Commentaires
AIC			
Infirmière			
Infirmière Auxiliaire			
PAB			
Agente administrative			

Nombre de patients sur l'unité : _____

Nombre de Pts / professionnelle : Dyades : _____ Solos : _____

Pts isolement : _____ Soins continus : _____

Retours de salle d'op. : _____ Congés ou transferts : _____ Admissions : _____

Décès : _____ Codes bleus : _____ ou blancs : _____ EIR : _____

Traitements et autres augmentant la surcharge (nombre de culot, nombre d'iv, pv sur l'étage ou dans votre section etc..) : _____

Examens hors département : _____

Soins non faits : _____ ou retardés : _____

Nombre de personne ayant négligé la période du repas : _____ et / ou pauses : _____

Temps supplémentaire demandé pour le repas : _____

Temps supplémentaire demandé pour prolongation de quart : _____

Par la présente, je tiens à vous informer que je dénonce une surcharge de travail additionnelle comparée à la charge que j'assume habituellement sans risquer de compromettre les soins auxquels chacun des patients a droit de s'attendre. **Je ou nous demandons à notre syndicat** de faire les représentations nécessaires afin que cette situation inacceptable, ne récidive à nouveau.

Matricule	Signature	Titre emploi	Matricule	Signature	Titre emploi

* **S'il y a lieu, indiquer les informations supplémentaires en annexe**

Faites parvenir cette plainte par fax au 7356 ou par courriel au: spss.tot.chum@ssss.gouv.qc.ca

