



# 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

