



SURCHARGE DE TRAVAIL (Inhalothérapie)

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

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

Inhalothérapeutes requises : _____ * Présentes : Taux simple : _____ Taux supp. : _____
* En maladie ce jour : _____

Informations diverses :

Nombre de traitements prévus en début de quart : _____ et requis fin de quart : _____

Nombre d'intubés adultes: _____ Nombre d'intubés bébés: _____

Nombre d'isollements : _____ Nombre de prélèvements : _____

Nombre de patients avec : "High Flow": _____ Oxygénation haut débit chauffé: _____

Nombre de trachéotomisés : _____ Nombre de bronchoscopies : _____

Nombre de BiPAP : _____ Durée totale : _____ Nombre de CPAP : _____

Nombre de prescriptions "stat" : _____ Durée totale : _____

Nombre de code bleu : _____ Durée totale : _____

Nombre de code rose : _____ Durée totale : _____

Nombre d'EIR _____ Durée totale : _____

Nombre de transferts ou examens hors du département : _____ Durée totale : _____

Nombre d'enseignements : _____ Durée totale : _____

Autres : _____

Traitements particuliers : _____

Nombre de traitements non exécutés : _____

Nombre de SOP : _____ Durée totale : _____

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

Temps supplémentaire demandé pour le repas : _____ et/ou 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. Compte tenu des devoirs et obligations envers le patient prévu à mon code de déontologie, je considère que le CHUM devra partager toutes responsabilités professionnelles advenant un incident ou accident qui causerait préjudice à un ou des patients. **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 sur le verso

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

