



Surcharge de travail Post Partum

Date : _____ 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 : _____ Pts isolement : _____
 Nombre de Pts / professionnelle : Dyades : _____ Solos : _____
 Césarienne fraîche : _____ Congés ou transferts : _____ Admissions : _____
 Décès : _____ Codes bleus : _____ EIR: _____ Nombre de patients instables : _____
 Traitements, allaitements difficiles et autres augmentant la surcharge : _____
 Complication liée à la surcharge : _____
 Rapport d'accidents / incidents fait pour soins non sécuritaire ou réel accidents? _____
 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, écrivez au verso ce qui selon vous explique la surcharge

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

