



6. Pourquoi? (Cochez tous les choix qui s'appliquent)

Des besoins additionnels de professionnelles en soins sont non comblés (surcroit).  
Les absentes n'étaient pas toutes remplacées (absences).  
Il n'y a pas assez de postes réguliers dans mon centre d'activités (manque de postes).  
Des postes vacants sont non comblés.

7. L'Employeur a-t-il pris tous les moyens pour éviter de recourir au TSO?

Oui Non

a. Contacter les salariées en disponibilité (taux simple)

Oui Non

b. Contacter les salariées en disponibilité (taux ½, taux double)

Oui Non

c. Réorganiser le travail

Oui Non

d. Limiter le service (cesser les admissions, fermeture de lits, etc.)  
Autres limitations :

Oui Non

À votre connaissance, y-a-t-il d'autres démarches que l'Employeur a négligé de faire?  
Complétez au verso si besoin.

En quelques lignes, décrivez les circonstances entourant le TSO (votre version des faits) :

8. Le nom de la personne qui vous demande de faire le TSO et sa fonction :

Nom :

Fonction :

• **CONSÉQUENCES SUR LA PROFESSIONNELLE EN SOINS**

**Temps de pause et période de repas**

**Quart régulier**

1. J'ai pris mon temps de repas : Oui Non Si oui, à : h min

2. J'ai pris ma dernière pause : Oui Non Si oui, à : h min

3. Je suis réveillée depuis (nombre d'heures) : h min

4. Nombre d'heures de sommeil depuis mon dernier quart régulier : h min

**Quart en TSO**

5. J'ai pris mon temps repas : Oui Non Si oui, à : h min

6. J'ai pris ma dernière pause : Oui Non Si oui, à : h min

7. Quel est l'impact, les conséquences de ce TSO sur mes obligations familiales, parentales ou personnelles?

8. J'avais (nombre) patient-e-s à ma charge pour mon quart de travail régulier et j'ai (nombre) pour le travail en temps supplémentaire obligatoire.

9. Lors de mon quart de travail en TSO, il y avait : (Cochez tous les choix qui s'appliquent)

- Du non-remplacement
- De la substitution de titre d'emploi
- Une professionnelle en soins provenant d'un autre centre d'activités
- De la main-d'œuvre indépendante
- L'application d'un plan de contingence

10. J'évalue mon état de fatigue :

Pas fatiguée				Moyennement fatiguée					Très fatiguée
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

11. J'ai informé mon employeur de mon état de fatigue Oui Non

12. Mon employeur a tenu compte de mon état de fatigue Oui Non

**Vous devez transmettre une copie de votre horaire de travail et du relevé de présence dans un délai n'excédant pas 30 jours suivant le TSO.**

**« Je consens expressément à ce que mon Syndicat et ses représentantes autorisées collectent, utilisent, conservent et communiquent, dans l'exercice de leurs fonctions syndicales, les renseignements personnels transmis dans le but de défendre mes droits et de me représenter. »**