

WORKLOAD COMPLAINT FORM/FORMULAIRE DE PLAINTE

SECTION 1: GENERAL INFORMATION/GÉNÉRALITÉS

(Please Print/Lettres Moulées S.V.P.)

Name(s) of Employee(s) Reporting / Nom(s) des Employé (e)(s): _____

Employer/ Unit/Area/Program:
Employeur: _____ Unité/Service/Secteur: _____

Date of Occurrence: _____ Time: _____ 7.5 Hr. Shift 11.25 Hr. Shift
Date de l'Évènement: _____ Heure: _____ Quart de 7,5 hres Quart de 11,25 hres

Name of Supervisor: _____ Date/Time Submitted: _____
Nom du Surveillant: _____ Date et heure de soumission: _____

SECTION 2: DETAILS OF OCCURRENCE/DÉTAILS DE L'ÉVÈNEMENT

Provide a concise summary of the occurrence/Faites une brève description de la situation:

Check one/Cochez une seule case: Is this an isolated incident?/Est-ce un incident isolé? An ongoing problem?/Une situation perpétuelle?

SECTION 3: WORKING CONDITIONS/CONDITIONS DE TRAVAIL

In order to effectively resolve workload issues, please provide details about the working conditions at the time of occurrence by providing the following information as applicable: / Pour régler efficacement les questions concernant la surcharge de travail, veuillez fournir les détails sur les conditions de travail au moment de l'évènement avec les informations suivantes si applicable:

# Regular Staff/# Effectif permanent:	<input type="checkbox"/> PSW/HCA	<input type="checkbox"/> RPN/IAA	<input type="checkbox"/> Clerical/Commis	<input type="checkbox"/> Service Support/Personnel de soutien
# Actual Staff/# Effectif reel:	<input type="checkbox"/> PSW/HCA	<input type="checkbox"/> RPN/IAA	<input type="checkbox"/> Clerical/Commis	<input type="checkbox"/> Service Support/Personnel de soutien
Agency/Contractor/d'agence-registre/Contracteur	<input type="checkbox"/> Yes/Oui	<input type="checkbox"/> No/Non	<input type="checkbox"/> How many?/Combien?	<input type="checkbox"/> Classification

*as defined by your unit/area/program / *selon la définition de votre unité/service/secteur.

If there was a shortage of staff at the time of the occurrence, (including support staffs) please check one or all of the following that apply: S'il y avait une pénurie de personnel au moment de l'évènement, (y compris personnel de soutien) veuillez cocher les cases qui s'appliquent à la situation:

Leaves/Vacation / Congés/Vacance Sick Call(s)/Maladie(s) Vacancies/Postes vacants

SECTION 4: FACTORS CONTRIBUTING TO THE OCCURRENCE/FACTEURS QUI ONT CONTRIBUÉ À L'ÉVÈNEMENT

Please check off the factor(s) you believe contributed to the workload issue, as applicable/Veuillez cocher le(s) facteur(s) qui, selon vous, ont contribué à la question de surcharge de travail:

Change in patient acuity. Provide details. / Changement de l'état de santé des patients. Expliquez:

Patient census at time of occurrence:/Recensement des patients au moment de l'évènement: _____

Number of Admissions/Nombre d'admissions: _____ Number of Discharges/Nombre de congés _____

Lack of equipment/malfunctioning equipment. Please specify. / Manque d'équipement/équipements défectueux. Veuillez préciser:

Other: (Please specify)/Autre: (Veuillez préciser)

SECTION 5: REMEDY/RÈGLEMENT

(A) At the time the workload issue occurred, did you discuss the issue with your supervisor? Yes/Oui No/Non
 Au moment où la question de la surcharge de travail s'est présentée, en avez-vous discuté avec votre superviseur(e)?

Provide

Details:/Expliquez:

Was it resolved? A-t-elle été résolue? Yes/Oui No/Non

(B) Did you discuss the issue with your manager (or designate) on her/his next working day? Yes/Oui No/Non
 Avez-vous discuté de la question avec votre directrice (ou désignée) lors de son retour au travail?

Provide

Details:/Expliquez:

Was it resolved? A-t-elle été résolue? Yes/Oui No/Non

SECTION 6: RECOMMENDATIONS/RECOMMANDATIONS

Please check-off one or all of the areas you believe should be addressed in order to prevent similar occurrences:
Veuillez cocher les cases ci-dessous que vous croyez qu'il faut aborder pour empêcher la répétition de ces événements:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> In service/Perfectionnement professionnel | <input type="checkbox"/> additional training/Formation complémentaire | <input type="checkbox"/> Review Staffing/patient ratio/Réviser le rapport personnel/patient |
| <input type="checkbox"/> Change unit/department/Changement d'unité/département | <input type="checkbox"/> Float/casual pool/Groupe occasionnel volant | <input type="checkbox"/> Review policies/procedures/Réviser politiques/procédures |
| <input type="checkbox"/> Change Start/Stop times of shift(s). Please specify:
Changement d'heure d'entrées/de fin de quart de travail. Veuillez préciser: | <input type="checkbox"/> Change work routine/quotas/Changement de routine/quotas | |
| <input type="checkbox"/> Adjust staffing/Ajustez le personnel | <input type="checkbox"/> Replace sick calls/vacations time
Remplacez les personnes absentes à cause de maladie pour temps de vacances | |
| <input type="checkbox"/> Equipment (Please specify)/Équipement (Veuillez préciser): _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Other:/Autre: _____ | | |

SECTION 7: MANAGEMENT COMMENTS/COMMENTAIRES DE LA DIRECTION

Please provide any information/comments in response to this report, including any actions taken to remedy the situation, where applicable:
Veuillez fournir toutes les informations et commentaires en réponse à ce rapport, y compris toute action prise pour corriger la situation, si applicable:

Management Signature:/Signature de la direction: _____ Date/Date: _____

SECTION 8: EMPLOYEE SIGNATURES/SIGNATURE DES EMPLOYÉ(E)S

I/We do not believe the response adequately addresses our concerns. I/We therefore request these concerns be forwarded to the Employer-Association Committee in accordance with the collective Agreement.
Je crois/Nous croyons que les mesures prises sont insuffisantes pour régler la situation. Je demande/Nous demandons donc que la question soit portée devant le comité Patronal/Syndical en conformité avec la convention collective.

Signature:/Signature: _____

Signature:/Signature: _____

Signature:/Signature: _____

Date Submitted:/Date de soumission: _____

Copy: Complainant(s), Department Head/Manager, Human Resources, Union / Copie: plaignant(s), chef de département, directeur, ressources humaines et syndicat