

**APPENDIX “D”**

**WORKLOAD COMPLAINT FORM/FORMULAIRE DE SURCHARGE DE TRAVAIL**

SECTION 1: GENERAL INFORMATION/INFORMATION GENERALE

(Please Print/Lettres Moulées)

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'incident: \_\_\_\_\_ Heure: \_\_\_\_\_ Quart de 7,5 h Quart de 11,25 h  
Name of Supervisor: \_\_\_\_\_ Date/Time Submitted: \_\_\_\_\_  
Nom du/de la Superviseur (e) \_\_\_\_\_ Date et heure de soumission : \_\_\_\_\_

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

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 continue?

# Regular Staff/# Effectif permanent:  PSW/HCA  RN/IA  RPN/IAA/RN/IA  Clerical/Commis  Support/ Soutien  
#Actual Staff/# Effectif réel:  PSW/HCA  RN/IA  RPN/IAA/RN/IA  Clerical/Commis  Support/ Soutien  
Agency/Contractor/d'agence-  Yes/Oui  No/Non  How many?/Combien? \_\_\_\_\_  Classification  
registre/Contracteur

\*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 staff) please check one or all of the following that apply:  
S'il y avait une pénurie de personnel au moment de l'incident, (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 3: 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 du patient avec détail :

Explanation/Expliquez \_\_\_\_\_

Patient census at time of occurrence:État du patient au moment de l'incident

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

Non Nursing Duty/Personnel non-infirmier(ière) :

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

Other: (Please specify)/Autres: (Veuillez préciser) \_\_\_\_\_

## WORKLOAD COMPLAINT FORM/FORMULAIRE DE SURCHARGE DE TRAVAIL

### SECTION 4: REMEDY/RÈGLEMENT

(A) At the time the workload issue occurred, did you discuss their 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) Failing resolution at the time of the occurrence did you seek assistance from the person designated by the employer as having responsibility for timely resolution of workload issues?  
À défaut de résolution au moment auquel l'incident s'est produit, avez-vous demandé l'aide de la personne désignée par l'Employeur comme responsable de la résolution rapide des problèmes de charge de travail?

Yes/Oui  No/Non

Provide details/Expliquez : \_\_\_\_\_

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

(C) Did you discuss the issue with your manager (or designate) on her/his next working day?  
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 5: 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 une répétition de ces incidents:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <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/Employé(e) occasionnel(le)   | <input type="checkbox"/> Review policies/procédures/Réviser politiques/procédures           |
| <input type="checkbox"/> Change Start/Stop times of shift(s). Please specify<br>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<br>Remplacez le personnel absent à cause de maladie pour temps de vacances |   |
| <input type="checkbox"/> Equipment (Please specify):/Équipement (Veuillez préciser): _____  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Other:/Autre: _____  |   |   |

### SECTION 6: 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 7: EMPLOYEE SIGNATURES/SIGNATURE DES EMPLOYÉ(ES)

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 soumis : \_\_\_\_\_