

# WORKLOAD COMPLAINT FORM / FORMULAIRE DE SURCHARGE DE TRAVAIL

## SECTION 1: GENERAL INFORMATION/INFORMATION GENERALE

(Please Print/Letres 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/IA/RN/IA  Clerical/Commis  Support/ Soutien  
#Actual Staff/# Effectif réel:  PSW/HCA  RN/IA  RPN/IA/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 definition 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 |   |

Equipment (Please specify):/Équipement (Veuillez préciser): \_\_\_\_\_

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

What to do after completing the form / Que faire une fois le formulaire rempli:

1. Please submit a copy of the completed form to the manager of your department. /  
Veuillez soumettre une copie du formulaire rempli au gestionnaire de votre département.
2. Please fax the form and any other additional information (ex. emails to your employer about the issue) to the CUPE 4000 office at: **613-722-2246** / Veuillez envoyer le formulaire et toutes autres informations additionnelles (ex. courriels à votre employeur) par télécopieur au bureau du SCFP 4000 au: **613-722-2246**
3. Please enter your contact information below. Please note that if this is a group complaint you can assign a contact person. / Veuillez inscrire ci-dessous vos coordonnées. Veuillez noter que s'il s'agit d'une plainte de groupe vous pouvez assigner une personne à contacter.

**Name / Nom:**

---

**Phone number / Numéro de téléphone:**

---

**Email address / Adresse courriel:**

---

**Please submit this page to the Union only.**  
**Veuillez soumettre cette page au Syndicat seulement.**