

FORMULAIRE DE DÉNONCIATION DE FARDEAU DE TÂCHE ET/OU

DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Ce formulaire est un outil pour communiquer les problématiques à mon syndicat et conscientiser l’employeur

**Acheminez ce formulaire à votre bureau syndical local et ou faxer 514 762-6847**

***Loi sur les services de santé & services sociaux***

Considérant que l’article 5 stipule que « Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifiques, humains et sociaux, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire » ;

Considérant que l’article 172 stipule que le conseil d’administration d’un établissement «  doit s’assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l’efficacité des services dispensés » ;

***Code des professions***

Article 54. Tout professionnel doit s’abstenir d’exercer sa profession ou de poser certains actes professionnels dans la mesure où son état de santé y fait obstacle.

**Codes de déontologie**

***Code de déontologie des infirmières & infirmiers du Québec***

Article 16. Outre ce qui est prévu à l’article 54 du Code des professions (chapitre C-26), l’infirmière ou l’infirmier doit s’abstenir d’exercer sa profession lorsqu’il est dans un état susceptible de compromettre la qualité des soins et des services.

Article 42. L’infirmière ou l’infirmier doit, dans le cadre de ses fonctions, prendre les moyens raisonnables pour assurer la sécurité des clients, notamment en avisant les instances appropriées.

***Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires***

Article 24. Le membre doit s’abstenir d’exercer dans des conditions ou des états susceptibles de compromettre la qualité de ses services.

***Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec***

Article 8. L’inhalothérapeute doit s’abstenir d’exercer sa profession dans un état ou des conditions susceptibles de compromettre la qualité de ses services ou la dignité de la profession.

**Professionnelles en soins**

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tél. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de la situation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Quart de travail :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Établissement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Centre d’activités de la problématique :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de patients sur l’unité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ratio nombre de patients/professionnelle :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Temps supplémentaire **demandé** pour repas/pause :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En tant que

Professionnel(le)s en soins de santé

FIQ

🞎 infirmière 🞎 infirmière auxiliaire 🞎 inhalothérapeute

Je dénonce la ou les situation(s) suivante(s) :

🞎 Surcharge de travail 🞎 Absence non remplacée

🞎 Infirmière, inf.auxiliaire ou inhalo, remplacée par une autre catégorie d’emploi

🞎 Surplus demandé et non comblé 🞎 TS 🞎 TSO

🞎 Autre(s)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

J’ai avisé ma supérieure immédiate\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la situation.

*nom de la supérieure ( coordo. ou chef de service )*



Résumé de la situation et comment cela affecte la qualité

et la sécurité des soins

………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

**Témoin(s) de la situation :** ……………………………………………………………………

**Envoyer une copie à la gestionnaire du centre d’activité ou coordonnatrice et à votre bureau syndical local**

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Signature de la membre FIQ et téléphone******date***