

**Q&A#3 – RFP – W6369-17-X014 – Office Ergonomic Assessments**

<b>Number</b>	<b>Questions/Answers/Amendments</b>
Question 4:	With regard to the Organizational Security Clearance etc., do we need these clearances in place prior to submitting the bid?
Answer 4:	Security clearances for the Organization and Resources are required at contract award.
Question 5:	National Capital Region – Please confirm that this includes Ottawa and surrounding area only.
Answer 5:	As mentioned in Attachment 1 to Part 3, Pricing Schedule and Annex B – Basis of Payment, the National Capital Region is defined as follows (see Schedule (Section 2) of the National Capital Act R.S.C., 1985, c. N-4): <a href="http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/N-4/FullText.html">http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/N-4/FullText.html</a>
Question 6:	Is there a specific report format that you will be requiring or should we include our recommended report format?
Answer 6:	Yes, there is a specific format for the Ergonomic Assessment Report (EAR) Form. Please see the attached EAR below; in English and French.
Question 7:	Please confirm that all expenses should be included in the pricing with the exception of applicable taxes.
Answer 7:	Yes, all expenses, with the exception of Applicable taxes, should be included in the pricing listed in your Financial Proposal (as indicated in Attachment 1 to Part 3, Pricing Schedule).
Question 8:	Do you require CV's for the specific resources that are proposed?
Answer 8:	There is no required format in responding to the RFP. However, requirements in all Sections of the RFP must be addressed successfully in order to be deemed responsive. CVs are a typical way to demonstrate compliance.
Question 9:	Is there a page limit for the response? Is it expected that we just complete the technical portion of the proposal within the boxes provided or are you expecting a more comprehensive proposal explaining who we are and our experience?
Answer 9:	There is no required format in responding to the RFP. However, requirements in all Sections of the RFP must be addressed successfully in order to be deemed responsive. It is the Bidder's discretion regarding the format of their response.

**CANADIAN FORCES SUPPORT UNIT (OTTAWA) (CFSU(O))  
ERGONOMIC ASSESSMENT REPORT FORM**

<b>EMPLOYEE/ MEMBER NAME</b>	<b>LOCATION &amp; PHONE NUMBER</b>	<b>DIRECTORATE/SECTION</b>
<b>HEIGHT</b>	<b>DOMINANT HAND – R/L</b>	<b>CORRECTIVE LENSES – IF YES INDICATE TYPE</b>
<b>JOB/OCCUPATION TITLE</b>	<b>POSITION CLASSIFICATION – GROUP/LEVEL OR RANK</b>	<b>PRIMARY JOB FUNCTIONS</b>
<b>SUPERVISOR &amp; PHONE NUMBER</b>	<b>DATE OF REPORT</b>	<b>DATE FILE CLOSED</b>

Following a request received from the CFSU(O) Safety Office on (insert month, day, year), arrangements were made for an external ergonomic assessment. The assessment was conducted by (insert name of ergonomic professional) on (insert month, day, year). This report has been prepared in consultation with the employee and contains the following sections:

- a) Ergonomic hazard assessment and analysis
- b) Identification of ergonomic risks and recommendations
- c) Action plan to implement recommendations

Details concerning responsibility for actions are outlined in Section C of the report. The employee's immediate manager is responsible to ensure that all recommendations are implemented in a timely manner and advice as outlined in this report is followed.

If either the immediate manager or the employee disagrees with any recommendation contained within this report, they shall submit the rationale for their disagreement to the [+CFSU\(O\) GSO requirements@CFSU\(O\) Tech Svcs@Ottawa-Hull](mailto:+CFSU(O)GSOrequirements@CFSU(O)TechSvcs@Ottawa-Hull), in writing, within 30 calendar days of the receipt of the report.

Any questions or explanation of the contents of this report may be addressed to [+CFSU\(O\) GSO requirements@CFSU\(O\) Tech Svcs@Ottawa-Hull](mailto:+CFSU(O)GSOrequirements@CFSU(O)TechSvcs@Ottawa-Hull).

Q&A#3 – RFP – W6369-17-X014 – Office Ergonomic Assessments

<b>SECTION A – ERGONOMIC HAZARD IDENTIFICATION</b>
<b>1: REASON FOR REQUESTING THE ERGONOMIC ASSESSMENT.</b> Physician referral? Other?
<b>2: PAIN OR DISCOMFORT EXPERIENCED, AND WHEN IT WAS FIRST NOTICED?</b>
<b>3: DESCRIPTION OF WORK TASKS / HABITS</b> (Include % of time on computer; work surface use; mouse use vs. keyboard use; use of shortcut keys; changes between various work surfaces.) Computer: insert% Tasks consist of... Meetings: ? per month (duration: insert duration time)  Insert photo of employee at workstation, if permissible.
<b>4: LENGTH OF TIME AT CURRENT WORK STATION. PLEASE INDICATE ANY RECENT CHANGES TO WORK STATION.</b> She/he has been at the current work station since (insert month and year).
<b>5: STATIC &amp; DYNAMIC WORK POSTURE – FREQUENCY TO CHANGE WORK POSTURE AND ACTIVITY (30-60 mins. Or longer)</b>
<b>6: USE OF KEYBOARD SHORTCUTS IN PLACE OF MOUSE FUNCTIONS?</b>
<b>7: STRETCHING? Yes/No - How often?</b>
<b>8: CALL FREQUENCY &amp; DURATION (# of calls/hour). Headset used – Yes/No</b>

**Q&A#3 – RFP – W6369-17-X014 – Office Ergonomic Assessments**

<b>SECTION B – IDENTIFICATION OF RISKS AND CORRECTIONS/ RECOMMENDATIONS</b>		
<b>Equipment/ Work Habits</b>	<b>Identified Issue</b>	<b>Observations, Analysis and Corrections</b>
<b>Chair</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Seat Depth</li> <li><input type="checkbox"/> Seat Height</li> <li><input type="checkbox"/> Seat Width</li> <li><input type="checkbox"/> Lumbar support</li> <li><input type="checkbox"/> Arm rest – forearm support</li> <li><input type="checkbox"/> Chair stability/condition</li> </ul>	
<b>Anthropometric Measurements for Seating</b>	<p><b>Seat Depth</b> (buttock to inside bend of knee)</p> <p><b>Seat Height</b> (under knee to the floor in 90/90/90 position)</p> <p><b>Seat Width</b> (5<sup>th</sup> digit to 5<sup>th</sup> digit):</p> <p><b>Lumbar support</b> (hand behind lower back, 3<sup>rd</sup> digit to seat pan)</p> <p><b>Armrest height</b> (Under elbow to seat pan)</p> <p><b>Armrest width</b> (3<sup>rd</sup> digit to 3<sup>rd</sup> digit)</p>	
<b>Footrest</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Thighs not parallel to floor</li> <li><input type="checkbox"/> Vary work posture</li> </ul>	
<b>Keyboard Tray</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Height</li> <li><input type="checkbox"/> Angle</li> <li><input type="checkbox"/> Too close/ too far from user</li> <li><input type="checkbox"/> Length</li> <li><input type="checkbox"/> Leg clearance</li> <li><input type="checkbox"/> Mouse support</li> <li><input type="checkbox"/> Stability/condition</li> </ul>	
<b>Keyboard</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Too small/too big</li> <li><input type="checkbox"/> Position/Angle</li> <li><input type="checkbox"/> Technique</li> </ul>	
<b>Wrist rest</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Length: keyboard/ mouse</li> <li><input type="checkbox"/> soft/ hard</li> <li><input type="checkbox"/> Pressure on wrists</li> <li><input type="checkbox"/> Too narrow/too wide/too high</li> <li><input type="checkbox"/> None</li> </ul>	
<b>Mouse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Distance</li> <li><input type="checkbox"/> Height</li> <li><input type="checkbox"/> Support</li> <li><input type="checkbox"/> Size</li> <li><input type="checkbox"/> Technique</li> </ul>	
<b>Monitor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Distance/Position</li> <li><input type="checkbox"/> Height</li> <li><input type="checkbox"/> Angle</li> </ul>	

**Q&A#3 – RFP – W6369-17-X014 – Office Ergonomic Assessments**

	<input type="checkbox"/> Font size, illumination <input type="checkbox"/> # Monitors	
<b>Document Holder</b>	<input type="checkbox"/> Neck is bent to read hardcopy on desktop frequently (for computer or desk work) <input type="checkbox"/> Neck is turned to the side to read hardcopy	
<b>Work Surface</b>	<input type="checkbox"/> Height <input type="checkbox"/> Configuration <input type="checkbox"/> Leg clearance (file drawers, pedestals, storage etc.)	
<b>Telephone</b>	<input type="checkbox"/> Reach <input type="checkbox"/> Placement <input type="checkbox"/> Simultaneous use with computer <input type="checkbox"/> #calls per day/duration	
<b>CPU/Docking Station</b>	<input type="checkbox"/> Reach <input type="checkbox"/> Placement	
<b>Commonly Used Items</b>	<input type="checkbox"/> Reach <input type="checkbox"/> Placement <input type="checkbox"/> Frequency of Use	
<b>Lighting</b>	<input type="checkbox"/> General: too bright/too dark <input type="checkbox"/> Task: too bright/too dark <input type="checkbox"/> Need for window coverings	
<b>Work Habits</b>	<input type="checkbox"/> Too long in 1 posture <input type="checkbox"/> Posture (indicate) <input type="checkbox"/> Variation in work tasks <input type="checkbox"/> Use of Shortcut keystrokes <input type="checkbox"/> Other	
<b>Other Concerns</b>		

Q&A#3 – RFP – W6369-17-X014 – Office Ergonomic Assessments

<b>SECTION C – ACTION PLAN TO IMPLEMENT RECOMMENDATIONS</b>		
<b>Issue Identified</b>	<b>Further Adjustment/ Equipment Recommended</b>	<b>Action – Date Completed</b>
<b>Chair</b>		
<b>Footrest</b>		
<b>Keyboard Tray</b>		
<b>Keyboard</b>		
<b>Wrist Rest</b>		
<b>Mouse</b>		
<b>Monitor</b>		
<b>Document Holder</b>		
<b>Work Surface</b>		
<b>Telephone</b>		
<b>CPU/Docking Station</b>		
<b>Commonly Used Items (e.g. Stapler, Pens etc.)</b>		
<b>Lighting</b>		
<b>Work Habits</b>		
<b>Other Concerns</b>		

**UNITÉ DE SOUTIEN DES FORCES CANADIENNES (OTTAWA) (USFC(O))  
FORMULAIRE DE RAPPORT – ÉVALUATION ERGONOMIQUE**

<b>NOM DE L'EMPLOYÉ/ DU MILITAIRE</b>	<b>EMPLACEMENT ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE</b>	<b>DIRECTION/SECTION</b>
<b>GRANDEUR</b>	<b>MAIN DOMINANTE – D/G</b>	<b>LENTILLES CORRECTRICES – SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER LE TYPE</b>
<b>EMPLOI/TITRE DU POSTE</b>	<b>CLASSIFICATION DU POSTE – GROUPE/NIVEAU OU GRADE</b>	<b>FONCTIONS PRINCIPALES</b>
<b>SUPERVISEUR ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE</b>	<b>DATE DU RAPPORT</b>	<b>DATE DE FERMETURE DU DOSSIER</b>

Après avoir reçu une demande d'USFC (O) de l'OÉM le **XXXXXXXX 2016** des dispositions ont été prises pour procéder à une évaluation ergonomique interne. L'évaluation a été effectuée par **Nom de l'évaluateur et date 2016**. Ce rapport a été préparé de concert avec l'employé et comprend les sections suivantes :

- a) Analyse et évaluation des dangers ergonomiques
- b) Identification des risques ergonomiques et recommandations
- c) Plan d'action pour mettre en vigueur les recommandations

Les renseignements concernant la responsabilité des mesures sont décrits dans la section C du rapport. Le superviseur immédiat de l'employée est responsable de s'assurer que les recommandations soient mises en vigueur à temps et que les conseils décrits dans ce rapport soient suivis.

Si le superviseur ou l'employé n'est pas d'accord avec les recommandations du rapport, il doit soumettre par écrit les raisons pour lesquelles il est en désaccord au courriel : [+CFSU\(O\)GSO requirements@CFSU\(O\) Tech Svcs@Ottawa-Hull](mailto:+CFSU(O)GSOrequirements@CFSU(O)Tech Svcs@Ottawa-Hull), dans les 30 jours civils suivant la réception du rapport.

Toute question ou explication sur le contenu du présent rapport doit être acheminée au [+CFSU\(O\)GSO requirements@CFSU\(O\) Tech Svcs@Ottawa-Hull](mailto:+CFSU(O)GSOrequirements@CFSU(O)Tech Svcs@Ottawa-Hull).

**PARTIE A – ÉVALUATION DES RISQUES ERGONOMIQUES**

**1: QUELLE EST LA RAISON DE VOTRE DEMANDE D'ÉVALUATION ERGONOMIQUE?**

**2: RESSENTEZ-VOUS DE LA DOULEUR OU UN MALAISE, ET DANS L’AFFIRMATIVE, DEPUIS QUAND?**

**3: POUVEZ-VOUS DÉCRIRE VOS TÂCHES/HABITUDES DE TRAVAIL?**

(Inclure le pourcentage du temps passé à l'ordinateur; l'utilisation de la surface de travail; l'utilisation de la souris par rapport à l'utilisation du clavier; l'utilisation des touches de raccourci; les changements entre diverses surfaces de travail.)

**Ordinateur et papeterie : 90% (alpha, numérique, et souris) courrier électronique et vérification de document style Excel (ou MS Suite) et base de données.**

**Utilisation égale entre le clavier et la souris est notées.**

**Documents physiques : Utilisation minimale**

**Téléphone : Utilisation minimale**

**Réunion : 5-10% du temps l'employée est en rencontre avec collègues de travail**



**4: DEPUIS COMBIEN DE TEMPS ÊTES-VOUS À CE POSTE DE TRAVAIL ET Y A-T-IL EU DES CHANGEMENTS APPORTÉS À CELUI-CI DERNIÈREMENT?**

**5: POSTURE DE TRAVAIL CORRECTE ET VARIABLE – FRÉQUENCE ?**

(Nota : Il est bon de changer de posture toutes les 30 à 60 minutes ou plus)

**6: CONNAISSEZ-VOUS LES TOUCHES DE RACCOURCI SUR LE CLAVIER QUI PEUVENT REMPLACER LES FONCTIONS DE LA SOURIS?**

**7: FAITES-VOUS RÉGULIÈREMENT DES ÉTIREMENTS? Oui/Non, - Et à quelle fréquence?**

**8: FRÉQUENCE ET DURÉE DES APPELS (Nombre d'appels à l'heure). Utilisation d'un casque d'écoute – Oui/Non**



<b>PARTIE B – IDENTIFICATION DES RISQUES ET MESURES CORRECTIVES/RECOMMANDATIONS</b>		
<b>Équipement/ Habitudes de travail</b>	<b>Problème cerné</b>	<b>Observations, analyses et mesures correctives</b>
<b>Fauteuil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Plateau du siège trop court / profond</li> <li><input type="checkbox"/> Siège trop haut / bas</li> <li><input type="checkbox"/> Siège trop large/ étroit</li> <li><input type="checkbox"/> Soutien lombaire</li> <li><input type="checkbox"/> Position / adaptabilité des accoudoirs</li> <li><input type="checkbox"/> Stabilité et condition du fauteuil</li> </ul>	
<b>Mesures anthropométriques du siège</b>	<p><b>XX cm hauteur du siège</b> (d'en bas du genou jusqu'au plancher à angle droit [90/90/90]) :</p> <p><b>XX cm Profondeur du siège</b> (des fesses à l'arrière du mollet) :</p> <p><b>XX cm Largeur du siège</b> (de l'auriculaire droit à l'auriculaire gauche) :</p> <p><b>XX cm Hauteur des accoudoirs</b> (du dessous du coude jusqu'au siège) :</p> <p><b>XX cm Largeur des accoudoirs</b> (du majeur droit au majeur gauche) :</p> <p><b>XX cm Hauteur du soutien lombaire</b> (main derrière le bas du dos, du majeur au plateau du siège)</p>	
<b>Repose-pieds</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Cuisses non parallèles au plancher</li> <li><input type="checkbox"/> Varie la posture</li> </ul>	
<b>Plateau du clavier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Position trop haute/ trop basse</li> <li><input type="checkbox"/> Angle</li> <li><input type="checkbox"/> Trop rapproché / trop éloigné de l'utilisateur(trice)</li> <li><input type="checkbox"/> Longueur du plateau</li> <li><input type="checkbox"/> Espace pour les jambes</li> <li><input type="checkbox"/> Soutien de la souris non approprié</li> <li><input type="checkbox"/> Stabilité /condition</li> </ul> <p><b>Hauteur du plateau du clavier XX cm</b></p>	

**Q&A#3 – RFP – W6369-17-X014 – Office Ergonomic Assessments**

<b>Clavier</b>	<p>X Trop petit/<b>trop gros</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Position / inclinaison</li> <li><input type="checkbox"/> Technique</li> </ul>	
<b>Appui-poignets</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Longueur : clavier/ souris</li> <li><input type="checkbox"/> Mou (gel) / dur</li> <li><input type="checkbox"/> Pression sur les poignets</li> <li><input type="checkbox"/> Trop étroit/trop large/trop haut</li> <li><input type="checkbox"/> Aucun</li> </ul>	
<b>Souris</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Proximité du clavier</li> <li><input type="checkbox"/> Trop haut/trop bas</li> <li><input type="checkbox"/> Soutien des avant-bras</li> <li><input type="checkbox"/> Souris trop grosse/trop petite</li> <li><input type="checkbox"/> Type de dispositif</li> <li><input type="checkbox"/> Technique</li> </ul> <p><b>Mesure de la main (du poignet jusqu'au bout de l'index) XX cm</b></p>	
<b>Écran</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Distance/position de l'écran</li> <li><input type="checkbox"/> Hauteur</li> <li><input type="checkbox"/> Inclinaison</li> <li><input type="checkbox"/> Taille de la police, luminosité</li> </ul> <p><b>Nombre d'écrans = 1 x 22.5</b></p> <p><b>Hauteur de l'écran (de la première ligne du texte à l'écran jusqu'au plancher) XX cm</b></p>	
<b>Porte-bloc</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Le cou est fréquemment incliné vers l'avant pour que l'employé lise le document (poste de travail ou ordinateur)</li> <li><input type="checkbox"/> Le cou est incliné de côté pour lire le document</li> </ul>	
<b>Surface de travail</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hauteur</li> <li><input type="checkbox"/> Configuration</li> <li><input type="checkbox"/> Espace pour les jambes ( tiroirs classeurs, caissons, etc.)</li> </ul> <p><b>Hauteur de la surface de travail : XX cm.</b></p>	

**Q&A#3 – RFP – W6369-17-X014 – Office Ergonomic Assessments**

<b>Téléphone</b>	<input type="checkbox"/> Distance entre l'utilisateur et le téléphone <input type="checkbox"/> Emplacement <input type="checkbox"/> Utilisation simultanée du téléphone et de l'ordinateur <input type="checkbox"/> Nombre d'appels par jour/Durée <b>Distance du téléphone XX cm</b>	
<b>Unité centrale</b>	<input type="checkbox"/> Positionnement <input type="checkbox"/> Emplacement <input type="checkbox"/> Fréquence d'utilisation	Aucun problème identifié
<b>Articles fréquemment utilisés</b>	<input type="checkbox"/> Positionnement <input type="checkbox"/> Emplacement <input type="checkbox"/> Fréquence d'utilisation	Aucun problème identifié
<b>Éclairage</b>	<input type="checkbox"/> En général : trop brillant/trop sombre <input type="checkbox"/> Tâche : trop brillant/trop sombre <input type="checkbox"/> Besoin de couvre-fenêtres	Aucun problème identifié
<b>Habitudes de travail</b>	<input type="checkbox"/> Trop longtemps dans la même posture <input type="checkbox"/> Posture (précisez) <input type="checkbox"/> Variation dans les tâches <input type="checkbox"/> Utilisation des touches de raccourci <input type="checkbox"/> Autre	Aucun problème identifié
<b>Autres préoccupations</b>		Aucun problème identifié

**Q&A#3 – RFP – W6369-17-X014 – Office Ergonomic Assessments**

<b>SECTION C – PLAN D’ACTION – MISE EN VIGUEUR DES RECOMMANDATIONS</b>		
<b>Problème cerné</b>	<b>Ajustement supplémentaire/ Équipement recommandé</b>	<b>Mesures – Date achevée</b>
Fauteuil		
Repose-pied		
Plateau à clavier		
Clavier		
Appui-poignets		
Souris		
Écran		
Porte-bloc		
Surface de travail		
Téléphone		
STC/Station d’accueil		
Articles fréquemment utilisés (p. ex. agrafeuse, stylos, etc.)		
Éclairage		
Habitudes de travail		
Autre préoccupation		