

## AUDIT FLASH : Évaluation des règles d'identification lors d'un prélèvement biologique

Q1 : Nom de la structure : \_\_\_\_\_ Q2 Service audité : \_\_\_\_\_

Q3 : Date de l'évaluation : \_\_\_\_\_ Q4 : Nom de l'auditeur \_\_\_\_\_

Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12
N° observation	Vérification de l'identité de l'utilisateur sur la prescription	Les étiquettes sont collées sur le tube avant le prélèvement	Vérification de la concordance des identités des étiquettes avec la prescription	Vérification des traits stricts de l'identité avant le prélèvement ou le geste technique par question ouverte	Recueil de l'identité sur le bracelet d'identification	Étiquetage ou scan du tube pré code barré au lit de l'utilisateur dès le prélèvement terminé	Ensachage au lit de l'utilisateur - Vérification du scellement correct des sachets au pied du lit
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12
N° observation	Vérification de l'identité de l'utilisateur sur la prescription	Les étiquettes sont collées sur le tube avant le prélèvement	Vérification de la concordance des identités des étiquettes avec la prescription	Vérification de l'identité avant le prélèvement ou le geste technique par question ouverte	Recueil de l'identité sur le bracelet d'identification	Étiquetage ou scan du tube pré code barré au lit de l'utilisateur dès le prélèvement terminé	Ensachage au lit de l'utilisateur - Vérification du scellement correct des sachets au pied du lit
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12
N° observation	Vérification de l'identité de l'utilisateur sur la prescription	Les étiquettes sont collées sur le tube avant le prélèvement	Vérification de la concordance des identités des étiquettes avec la prescription	Vérification de l'identité avant le prélèvement ou le geste technique par question ouverte	Recueil de l'identité sur le bracelet d'identification	Étiquetage ou scan du tube pré code barré au lit de l'utilisateur dès le prélèvement terminé	Ensachage au lit de l'utilisateur - Vérification du scellement correct des sachets au pied du lit
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>