

Type de document	FICHE PRATIQUE	FP 09
Procédure bonnes pratiques d'identification secondaire en établissements de santé		

Version	Nature de la modification	Date
0	Création – document de travail	08/08/2022

## 1. SOMMAIRE

<b>1</b>	<b>Contributeurs</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Préambule</b> .....	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Bonnes pratiques d'identification secondaire</b> .....	<b>3</b>
<b>3.1</b>	<b>Règles générales à appliquer</b> .....	<b>3</b>
<b>3.2</b>	<b>Le recueil de l'identité de l'utilisateur</b> .....	<b>3</b>
<b>3.3</b>	<b>Les dispositifs physiques d'identification</b> .....	<b>4</b>
3.3.1	Le bracelet d'identification .....	4
3.3.1.1	Type de bracelet .....	4
3.3.1.2	Éléments d'identification de l'utilisateur .....	4
3.3.1.3	Bonnes pratiques de pose du bracelet .....	4
3.3.1.4	Vérifications au cours du séjour .....	5
3.3.2	Photographie .....	5
3.3.3	Biométrie .....	5
<b>3.4</b>	<b>Le support</b> .....	<b>5</b>
<b>3.5</b>	<b>Cas particuliers</b> .....	<b>6</b>
3.5.1	Usagers non communicants .....	6
3.5.2	Psychiatrie.....	6
3.5.3	Homonymie .....	6
3.5.4	Moyens et longs séjours .....	7
<b>3.6</b>	<b>La prise en charge médicamenteuse</b> .....	<b>7</b>
3.6.1	Préparation des médicaments.....	7
3.6.2	Administration des médicaments.....	7
<b>3.7</b>	<b>Les prélèvements biologiques ou d'anatomie et de cytologie pathologiques</b> .....	<b>8</b>
3.7.1	La phase pré-analytique en service .....	8
3.7.2	La phase préanalytique au laboratoire .....	8
3.7.3	La phase analytique .....	9
3.7.4	La phase post-analytique .....	9
<b>3.8</b>	<b>Transfert / transport interne et externe</b> .....	<b>9</b>

3.9	Imagerie médicale, médecine nucléaire .....	10
3.10	Bloc opératoire – Endoscopie – Radiologie interventionnelle .....	11
3.11	Administration de produits sanguins labiles .....	11
3.12	Le soin repas. ....	12
3.13	La gestion du dossier patient .....	12
3.14	Remise du dossier patient / documents .....	12
4	<i>Références réglementaires et bibliographiques.....</i>	<i>14</i>
5	<i>Annexes.....</i>	<i>15</i>
5.1	Annexe 1 : modèle d'autorisation de droit à l'image :.....	15

## 1 Contributeurs

**Mme Laurence CHAMPION**, Directeur Qualité/Coordonnateur Risques, Centre A. LACASSAGNE, Nice, Pilote du GRIVES

**Mme Laetitia MAZZONI**, Responsable qualité, Centre Cardio-thoracique de Monaco, Monaco, Pilote du GRIVES

**Dr Manuela OLIVER**, Référent régional en identitovigilance, coordinatrice des pilotes du GRIVES, Cellule régionale d'identitovigilance PACA

**Dr Isabelle GRANIER**, Pilote du GRIVES, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, Centre Hospitalier Intercommunal Toulon La Seyne, Toulon

**Mme Elodie HERRERO**, Chef de projet identitovigilance, Cellule régionale d'identitovigilance PACA

**Mme Chérifa NIMAL**, Directrice du pôle domicile, Hôpital Saint Joseph, Marseille, Pilote du GRIVES

## 2 Préambule

L'identification secondaire correspond aux moyens mis en œuvre pour s'assurer que le bon soin sera délivré au bon patient. Elle consiste notamment à vérifier, à chaque étape de sa prise en charge (soin, administration médicamenteuse, prélèvement biologique, examen d'imagerie médicale, etc.), l'adéquation entre son identité réelle et celle présente sur les documents et outils de prise en charge (dossier physique ou informatique, prescription, étiquette, bon de transport, compte-rendu d'examen, etc.)<sup>1</sup>.

L'identification secondaire fait partie intégrante de tout acte de soin. Le respect des bonnes pratiques d'identification secondaire contribue à garantir la qualité et la sécurité des soins.

Toute structure doit disposer d'une procédure d'identification secondaire<sup>2</sup>. Le GRIVES vous propose une fiche pratique décrivant les bonnes pratiques d'identification secondaire dans toutes les situations de prises en charge, de l'entrée à la sortie de l'utilisateur. Le périmètre de cette fiche pratique se limite aux établissements de santé.

## 3 Bonnes pratiques d'identification secondaire

**L'utilisateur doit être acteur de son identification.** La participation active de l'utilisateur doit être recherchée. Il s'agit de la meilleure barrière pour éviter les erreurs.

L'utilisateur doit être informé à travers des affiches de sensibilisation à l'accueil et dans les services de soins, une information dans le livret de l'utilisateur hospitalisé, une information orale par les soignants et le personnel administratif sur la vérification de l'identité au cours du séjour, une information orale sur le dispositif d'identification secondaire.

### 3.1 Règles générales à appliquer

Les bonnes pratiques d'identification secondaire sont basées sur le triptyque suivant :

- S'assurer de l'identité de l'utilisateur en lui demandant de décliner son identité par questions ouvertes ou en vérifiant son identité sur un dispositif physique d'identification si l'utilisateur est non communicant ;
- Vérifier la concordance de l'identité déclarée avec celle présente sur le support (prescription, dossier, bon de transport, étiquettes) et la concordance de l'identité entre les différents supports utilisés pour le soin ou l'acte de soin ;
- Ne disposer que du support concernant l'utilisateur pris en charge au moment de la réalisation du soin ou de l'acte de soin.

### 3.2 Le recueil de l'identité de l'utilisateur

Le recueil de l'identité de l'utilisateur se fait par questions ouvertes et précises. Attention : Il ne faut surtout pas demander à l'utilisateur s'il porte bien les traits lus sur le dossier.

<sup>1</sup> Référentiel national d'Identitovigilance Volet 1

<sup>2</sup> Référentiel national d'Identitovigilance Volet 2

L'utilisation de questions ouvertes porte sur a minima :

- Le nom de naissance : Quel est votre nom de naissance ? ;
- Le premier prénom de naissance : Quel est votre premier prénom de naissance ? ;
- La date de naissance : Quel est votre date de naissance ? ;

La vérification du sexe de l'utilisateur est généralement visuelle.

Dans le cas des nouveaux nés ou enfants en très bas âge, il peut être nécessaire de compléter la vérification des traits auprès de l'accompagnant.

### **3.3 Les dispositifs physiques d'identification**

Lors d'une prise en charge hospitalière, l'utilisation d'un dispositif physique d'identification est indispensable<sup>3</sup> que l'utilisateur soit ou non communicant, un usager communicant pouvant devenir non communicant lors de son séjour (altération de son état de santé, prise de médicaments à tropisme cérébral, anesthésie générale...).

Selon les particularités de la population accueillie et la durée du séjour, plusieurs types de dispositifs peuvent être utilisés. Quel que soit le dispositif utilisé, il est indispensable de mettre en place des processus de vérification du dispositif, une erreur ayant pu être commise lors de la mise en place.

#### **3.3.1 Le bracelet d'identification**

L'utilisation de ce dispositif d'identification secondaire doit faire l'objet d'une procédure qui décrit :

- l'information de l'utilisateur, de sa famille ou de sa personne de confiance ;
- les modalités de préparation, de pose et le cas échéant de dépose du bracelet ;
- les professionnels chargés de la pose du bracelet. C'est l'établissement qui détermine qui doit poser le bracelet en fonction de son organisation. En effet, le bracelet peut être posé à l'admission (bureau des entrées) ou à l'accueil dans le service (IDE, aide-soignant) ;
- les modalités de traçabilité dans le DPI : Les éléments de traçabilité doivent être en cohérence avec l'observation de l'utilisateur (i.e si l'utilisateur a accepté de porter un bracelet, il doit le porter, s'il change d'avis au cours du séjour, ceci doit être tracé dans le DPI) ;
- les modalités pratiques d'utilisation ;
- la conduite à tenir en cas de refus de ce type d'identification ou de nécessité de dépose du bracelet en cours de séjour, quelle qu'en soit la raison.

##### **3.3.1.1 Type de bracelet**

Le bracelet doit être adapté à l'utilisateur, ni trop grand, engendrant un risque de perte, voire d'échange entre usagers, ni trop petit pouvant blesser l'utilisateur.

Le bracelet doit être inviolable. Un bracelet enlevé ne doit pas pouvoir être réutilisé.

##### **3.3.1.2 Éléments d'identification de l'utilisateur**

Idéalement, l'identité de l'utilisateur doit être imprimée sur le bracelet directement à partir des informations du DPI. Il est également possible d'utiliser des étiquettes imprimées à partir du DPI ou du référentiel d'identités de la structure à condition qu'elles ne puissent pas se détacher facilement du bracelet et qu'elles soient protégées.

A minima, doivent être présents sur le bracelet :

- Nom de naissance
- Premier prénom de naissance
- Date de naissance
- Sexe

Le cas échéant, il est conseillé d'utiliser également le nom utilisé et le prénom utilisé permettant le dialogue soignant-soigné.

##### **3.3.1.3 Bonnes pratiques de pose du bracelet**

---

<sup>3</sup> HAS nouvelle certification.

Cette étape nécessite une grande vigilance afin de ne pas poser un bracelet comportant une identité erronée. Si l'utilisateur est non communicant, le risque encouru est d'autant plus important.

Il est donc indispensable de :

- Vérifier l'identité de l'utilisateur par questions ouvertes ;
- Vérifier la concordance des réponses avec les traits d'identités présents sur le bracelet.

Si l'utilisateur est non communicant, la vérification est réalisée en s'appuyant sur un proche/un accompagnant et sur la pièce d'identité.

Dans certains cas très particuliers (grands prématurés par exemple), il n'est pas toujours possible de poser un bracelet au nouveau-né. Si le bracelet est placé sur la couveuse, la structure doit organiser les processus et les soins de façon à garantir l'identification du nouveau-né.

#### 3.3.1.4 Vérifications au cours du séjour

Il est indispensable de mettre en place une vérification régulière du bracelet (présence, exactitude des informations) au cours du séjour et de tracer cette vérification.

En effet, un patient peut enlever son bracelet, celui-ci peut être coupé au bloc opératoire par exemple.

Cette vérification peut être prévue par exemple :

- Au retour du bloc opératoire, dans une check-list de retour du bloc ;
- Lors d'un transport interne en utilisant une check-list brancardage ;
- Lors de la réalisation d'un prélèvement biologique ;
- Lors de la prise des constantes ;
- Lors de la toilette ;

#### 3.3.2 Photographie

Dans le cadre des prises en charge pédiatriques, psychiatriques, en radiothérapie ou en moyen et long séjour, la présence d'une photographie dans le DPI ou l'utilisation d'un trombinoscope est une alternative à l'utilisation d'un bracelet d'identification.

Certaines règles de bases doivent être respectées :

- L'utilisateur ou son représentant légal doit consentir à l'utilisation d'une photographie. Il est nécessaire de faire signer à l'utilisateur ou à son représentant légal un formulaire de consentement précisant l'usage qui sera fait de la photographie (un modèle est proposé en annexe 1). La photographie ne pourra pas être conservée au-delà de la durée de prise en charge de l'utilisateur au sein de l'établissement ;
- La photographie doit être régulièrement renouvelée, a minima tous les 6 mois pour les enfants et tous les ans pour les usagers majeurs ;
- Pour limiter les risques d'erreurs, l'insertion de la photographie dans le DPI doit se faire immédiatement après la prise. La vérification de l'identité du dossier sélectionné doit être soigneuse (a minima nom de naissance, premier prénom, sexe, date de naissance).

Certains DPI permettent de prendre une photographie directement à partir du dossier de l'utilisateur.

La photographie ne remplace pas la question ouverte de vérification de l'identité mais renforce le dispositif de prévention des erreurs.

#### 3.3.3 Biométrie

Des dispositifs biométriques permettant la vérification de l'identité lors de la prise en charge sont en développement.

Ils devraient permettre, non seulement la vérification de l'identité de l'utilisateur au moment de l'acte mais également la traçabilité de cette vérification dans le DPI.

### 3.4 **Le support**

Quel que soit l'acte ou le soin réalisé, l'utilisation d'un support est indispensable pour réaliser le contrôle de cohérence.

Ce support comporte a minima :

- le nom de naissance ;
- le premier prénom de naissance ;
- la date de naissance ;
- le sexe.

Il est possible d'utiliser des identifiants ou des traits supplémentaires :

- le matricule INS suivi de sa nature ;
- le code géographique officiel du lieu de naissance ;
- le numéro d'identifiant permanent patient ;
- le numéro de séjour ;
- Le numéro de demande ;
- le nom utilisé ;
- le prénom utilisé.

Le support peut être :

- Le DPI, s'il est consultable par le soignant au moment de la réalisation de l'acte ;
- Un support papier (dossier papier, prescription, bon de transport, étiquette...).

### 3.5 Cas particuliers

#### 3.5.1 Usagers non communicants

Un usager non communicant ne peut communiquer avec l'équipe soignante soit parce qu' :

- il est confus, dément ;
- il n'est pas francophone et l'équipe soignante ne parle pas sa langue ;
- il s'agit d'un enfant incapable de décliner les traits minimums d'identités nécessaires aux vérifications. Un enfant de moins de 8 ans doit être considéré comme non communicant.

L'utilisation d'un dispositif physique d'identification est obligatoire. Les proches, aidants, accompagnants doivent être sollicités autant que possible pour participer à l'identification.

#### 3.5.2 Psychiatrie

Il existe une réticence dans les secteurs de psychiatrie à demander à l'usager de décliner son identité par questions ouvertes. Les arguments avancés sont souvent :

- La dépersonnalisation de la relation soignant-soigné ;
- La particularité de certaines pathologies psychiatrique ;
- La particularité des prises en charge.

En tout état de cause, la même sécurité de la prise en charge est attendue dans les secteurs psychiatriques.

L'utilisation de dispositifs physiques d'identification type photographie vérifiés systématiquement par le soignant au moment des actes, peut être suffisante pour vérifier l'identité de l'usager.

#### 3.5.3 Homonymie

L'homonymie est un facteur de risque d'erreur lors de la prise en charge, que les homonymes soient ou non hospitalisés dans le même service<sup>4</sup>. S'il s'agit d'homonymie de nom utilisé (présence d'un couple hospitalisé en même temps), il est conseillé d'utiliser systématiquement et uniquement le nom de naissance dans le dialogue soignant-soigné.

---

<sup>4</sup> La présence d'homonymes dans un même établissement mais dans des services différents génère un risque d'erreur dans les services médico-techniques (laboratoires, pharmacie à usage intérieur, bloc opératoires, plateaux d'explorations fonctionnelles...)

### 3.5.4 Moyens et longs séjours

La prise en charge dans ces unités comporte des particularités à prendre en compte :

- Les professionnels de santé connaissent les usagers qu'ils prennent en charge ;
- Les usagers peuvent ne pas comprendre ou ne pas adhérer à une demande systématique de décliner l'identité par questions ouvertes alors qu'ils sont pris en charge au sein de l'unité depuis plusieurs semaines.

Il est possible d'adapter les pratiques en se basant uniquement sur un dispositif d'identification physique.

Toutefois, lors de certains actes comme les prélèvements biologiques pour lesquels le contrôle de cohérence de l'identité sur les différents supports est une étape clé de sécurité, il est conseillé de maintenir l'étape de vérification de l'identité par questions ouvertes pour les usagers communicants.

Il en est de même pour tous les actes ou soins réalisés par des personnels remplaçant, intérimaires, étudiants...

## 3.6 La prise en charge médicamenteuse

### 3.6.1 Préparation des médicaments

Selon l'organisation des structures, les formes orales peuvent être préparées par la pharmacie à usage intérieur ou par les infirmiers du service. Les autres formes (injectables, topiques...), sont préparées dans le service de soin.

La préparation des piluliers par la pharmacie à usage intérieur n'exonère pas l'infirmier de la vérification de l'adéquation entre la prescription, les médicaments présents dans le pilulier, l'identité mentionnée sur le pilulier et l'identité déclinée par l'utilisateur.

Le pilulier ou tiroir, les préparations injectables (y compris si la préparation est extemporanée et l'administration immédiate), les contenants multidoses doivent être identifiés au moment de la préparation et comporter a minima :

- le nom de naissance ;
- le premier prénom de naissance ;
- la date de naissance ;
- le sexe.

Il est possible d'utiliser des identifiants ou des traits supplémentaires :

- Identifiant permanent patient (IPP), numéro de séjour...
- le nom utilisé ;
- le prénom utilisé.

**Les étiquettes identifiant les piluliers, tiroirs, injectables ne doivent jamais mentionner le numéro de chambre ou de lit<sup>5</sup>**  
**Il est recommandé d'utiliser des étiquettes informatisées imprimées à partir du DPI ou du référentiel d'identité.**

### 3.6.2 Administration des médicaments

La sécurisation de l'administration médicamenteuse repose sur la règle fondamentale des 5B : administrer au Bon patient, le Bon médicament, à la Bonne dose, sur la Bonne voie, au Bon moment<sup>6</sup>.

Avant toute administration, le professionnel identifie le patient, vérifie la concordance entre la prescription médicale et le médicament à administrer, l'étiquetage de celui-ci, le dosage adapté au patient, l'informe et trace l'administration ou la non-administration.

La gestion de l'autonomie du patient est une évaluation clinique de l'IDE (sur protocole médical) avant toute administration.

Le patient autonome doit être capable de prendre son traitement selon la prescription médicale ; comprendre l'utilité du traitement ; connaître les effets secondaires et les risques liés à la prise médicamenteuse.

<sup>5</sup> HAS 2013 guide de prise en charge médicamenteuse

<sup>6</sup> HAS 2020-12, fiche pédagogique pec médicamenteuse

Le patient autonome : L'IDE doit déposer le comprimé ou la gélule dans un gobelet pour médicaments ou dans la main du patient (hygiène des mains). – L'IDE doit donner un verre d'eau au patient.

Le patient dépendant : – L'IDE doit expulser le médicament de son emballage, sans le toucher avec les doigts avant de le donner au patient. – En cas de médicaments broyés ou de difficultés de déglutition, l'IDE doit utiliser une compote ou de l'eau gélifiée. – L'IDE doit disposer d'une liste de médicaments non broyables /non sécables.

L'auto-gestion du traitement médicamenteux peut s'intégrer dans un programme d'éducation thérapeutique, notamment dans le cadre de pathologies chroniques.

### 3.7 Les prélèvements biologiques ou d'anatomie et de cytologie pathologiques

**Point d'attention** : ce paragraphe concerne tous les types de prélèvements (prélèvements de tout type de liquide biologique, biopsie, exérèse d'organe...). Les règles décrites ci-dessous s'appliquent à tous les professionnels de santé (médicaux, paramédicaux, médico-techniques)

#### 3.7.1 La phase pré-analytique en service

La phase préanalytique comprend les étapes allant de la prescription de l'examen jusqu'à la mise à disposition de l'échantillon au laboratoire.

Le matériel de prélèvement (tubes étiquettes en particulier) n'est pas toujours préparé par l'infirmier qui réalisera l'acte. Il peut être préparé en amont par l'équipe de nuit par exemple.

Lors de la préparation, il est possible de rassembler dans un sachet ou un contenant l'ensemble du matériel et documents concernant un usager mais **il est formellement interdit d'identifier des tubes ou des contenants vides**.

Lors de prélèvements réalisés au bloc opératoire ou dans les services d'exploration fonctionnelles, il est indispensable de disposer préalablement à l'acte d'étiquettes imprimées afin de pouvoir les apposer sur les flacons/tubes/ récipients à prélèvements, dès le prélèvement réalisé.

Afin d'éviter les erreurs d'identification, au moment du prélèvement, le professionnel dispose uniquement des documents concernant l'usager et l'acte de prélèvement.

Au moment de la réalisation de l'acte, le professionnel respecte impérativement les règles de contrôle de concordance (cf. 3.1).

**L'identification des prélèvements se fait immédiatement après l'acte, au lit de l'usager ou dans le bloc opératoire le cas échéant.**

#### **Cas particulier de l'utilisation de solutions de digitalisation du pré-analytique :**

Ces solutions permettent d'associer un identifiant unique présent sur les tubes à une prescription papier ou informatique.

L'utilisation de ce type de solution dispense le professionnel d'utiliser les traits d'identité pour identifier le prélèvement. Le SH RF 02 prévoit que le numéro d'identification du patient figure a *minima* sur l'étiquette apposée sur le prélèvement. Le laboratoire doit pouvoir démontrer que les informations qu'il a décidé de faire figurer sur l'étiquette suffisent à assurer l'identité du patient tout au long du processus d'examen, notamment en cas d'étiquetage secondaire manuel. L'utilisation de ces solutions n'est pas incompatible avec les règles édictées dans le référentiel national d'identitovigilance et rappelées dans la présente fiche.

#### 3.7.2 La phase préanalytique au laboratoire

Lors de la réception des prélèvements au laboratoire, un contrôle de cohérence est réalisé entre :

- L'identité présente sur la prescription ;
- L'identité présente sur les prélèvements.

Il est donc indispensable, en dehors des cas d'utilisation de solution de digitalisation du pré analytique, que le laboratoire dispose des prélèvements et de la prescription papier.

Si le contrôle de cohérence révèle une anomalie, le laboratoire peut selon les cas :

- Demander au préleveur de venir réidentifier les prélèvements ou la prescription s'il s'agit par exemple de prélèvements précieux, uniques et/ou non renouvelables (par exemple biopsie, exérèse d'organe, liquides de ponction...);
- Refuser de réaliser les analyses.

Dans les cas où la prise en charge du prélèvement nécessite l'apposition d'une étiquette secondaire spécifique au laboratoire, celle-ci est apposée sur le(s) prélèvement(s) en veillant à ne pas masquer l'identité de l'étiquette initiale de façon à permettre la réalisation des contrôles de cohérence d'identité entre les étiquettes.

En heures ouvrables, plusieurs personnes peuvent réaliser des contrôles de cohérence successifs (lors de la réception, lors de l'étape de prétraitement de l'échantillon, au moment de l'analyse). Ceci constitue autant de barrières permettant de dépister les erreurs.

En heure de permanence des soins, si un seul technicien réalise les étapes de réception, prétraitement et analyse, il est indispensable, afin d'éviter les erreurs de sur-étiquetage, que celui-ci traite séquentiellement les prélèvements (réception et sur-étiquetage).

### 3.7.3 La phase analytique

La phase analytique est une phase très automatisée, les échantillons sont reconnus par lecture de code-à-barre, les résultats d'examens sont transférés par flux au système de gestion de laboratoire pour la majorité des examens de laboratoire<sup>7</sup>. Il y a donc peu de risque d'erreur d'identitovigilance, lors de cette phase. Un contrôle de cohérence entre l'identité présente sur l'étiquetage primaire et l'identité présente sur l'étiquetage secondaire (étiquette apposée au laboratoire lors de la réception du prélèvement) doit être réalisé par le technicien au moment du placement de l'échantillon sur l'automate.

### 3.7.4 La phase post-analytique

L'identité de l'usager doit être présente sur toutes les pages du compte-rendu. Elle doit comporter a minima :

- le nom de naissance ;
- le premier prénom ;
- la date de naissance ;
- le sexe ;
- le matricule INS suivi de sa nature (NIR ou NIA) si l'identité est qualifiée.

La nature de chaque trait doit être clairement identifiée.

Si l'identité est qualifiée, elle doit être présente également sous forme de datamatrix INS<sup>8</sup>.

Le compte rendu peut être transmis par voie informatisée (flux informatique, Messagerie Sécurisée de Santé, serveur de résultats professionnels ou usagers).

Si le compte rendu est transmis sous format papier, il est nécessaire de veiller :

- à la cohérence de l'identité de l'usager sur toutes les pages du compte-rendu ;
- à la cohérence de l'identité de l'usager présente sur l'enveloppe et celle présente sur le compte rendu.

## 3.8 **Transfert / transport interne et externe**

En identification secondaire, l'étape de transport ou de transfert d'un usager est un maillon faible dans la prise en charge. Les brancardiers sont souvent peu voire pas formés à l'identitovigilance. Ils ne disposent pas systématiquement d'un document mentionnant l'identité de l'usager à prendre en charge et ne sont pas accompagnés dans la chambre de l'usager par un membre du service<sup>9</sup>.

<sup>7</sup> La discipline la moins automatisée reste aujourd'hui la microbiologie.

<sup>8</sup> Le Datamatrix INS comporte l'ensemble des traits de l'INS, soit le nom de naissance, les prénoms de naissance, la date de naissance, le sexe, le code géographique officiel du lieu de naissance, le matricule INS et sa nature (NIR ou NIA).

<sup>9</sup> Données issues des audits régionaux conduits en PACA.

Dans le service de départ, le brancardier/ambulancier, sauf s'il fait partie du service, doit être systématiquement accompagné et présenté à l'utilisateur par un membre du service.

Il doit disposer d'un document de transport mentionnant :

- l'identité complète de l'utilisateur ;
- les points de départ et d'arrivée ;
- les dates et heure du rendez-vous ;
- le mode de transport ;
- les informations relatives à l'hygiène (isolement...) ;
- les informations relatives à la prise en charge de la douleur ;
- les informations médicales (oxygène, perfusion...) ;
- le mode de transport (valide, chaise, lit brancard).

Lors de la prise en charge, le brancardier/ambulancier vérifie :

- l'identité de l'utilisateur par question ouverte ;
- la présence d'un dispositif physique d'identification ;
- la cohérence des informations présentes sur ce dispositif avec l'identité déclinée ou présente sur les autres supports (bon de transport, dossier, étiquette...).

Dans le cas de transport externe ou d'un transfert vers un autre établissement, il est indispensable de vérifier la présence de la copie d'une pièce d'identité dans le dossier accompagnant l'utilisateur si celui-ci ne dispose pas de sa pièce d'identité.

La recherche de la participation de l'utilisateur (est-il au courant de son transfert ?) est une mesure barrière particulièrement efficace.

En cas d'absence de dispositif physique d'identification, d'incohérence entre les identités déclinées ou présentes sur les supports, le brancardier/ambulancier doit alerter l'équipe soignante et différer le transport tant que le problème n'est pas réglé.

Ceci est particulièrement important lors de retour du bloc opératoire, le patient étant souvent peu communicant et le bracelet ayant pu être ôté au moment de la prise en charge au bloc.

L'utilisation d'un logiciel de brancardage permet de sécuriser le transport puisque le brancardier va disposer en temps réel des informations relatives au patient y compris pour des transports non programmés.

L'utilisation d'une check-list brancardage peut être judicieuse, elle permet de rappeler au brancardier et aux membres des équipes soignantes les étapes incontournables de la prise en charge décrites ci-dessus.

Dans le service d'arrivée, l'utilisateur doit impérativement être confié à un membre du service. Celui-ci vérifie également l'identité de l'utilisateur par questions ouvertes et/ou sur le dispositif physique d'identification et la cohérence de l'identité déclinée ou relevée avec celle présente sur les supports.

### **3.9 Imagerie médicale, médecine nucléaire**

Si la vérification de l'identité de l'utilisateur hospitalisé est souvent bien réalisée dans les services d'imagerie, la vérification de l'identité de l'utilisateur externe pourrait être améliorée<sup>10</sup>.

Outre les vérifications classiques (cf. 3.1), il est indispensable, de vérifier le côté concerné par l'examen auprès de l'utilisateur. Pour les utilisateurs externes, il est indispensable au moment de l'arrivée dans la salle d'examen de vérifier l'identité par question ouverte, y compris si l'utilisateur a été appelé en salle d'attente et s'est présenté<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> Données issues des audits régionaux PACA. Des événements indésirables graves récents survenus lors d'une prise en charge en externe en médecine nucléaire rappellent l'impérieuse nécessité de respecter les bonnes pratiques d'identification secondaire.

<sup>11</sup> Les appels en salle d'attente se font exclusivement par questions fermées.

### 3.10 Bloc opératoire – Endoscopie – Radiologie interventionnelle

La fiabilisation de l'identité est particulièrement importante dans les secteurs à risques, les conséquences d'une erreur étant le plus souvent très graves. L'utilisation de check-list est obligatoire (bloc opératoire) ou fortement conseillée (endoscopie, radiologie interventionnelle) par la HAS (cf. bibliographie). La check-list est renseignée au fur et à mesure des vérifications qui sont réalisées en équipe et à voix haute.

Chacune des check-lists comporte une étape de vérification de l'identité de l'usager et de contrôle de cohérence, l'identité de l'usager est vérifiée à chaque étape de l'intervention. Ainsi, elle doit être vérifiée :

- à l'arrivée dans le service (bloc opératoire, salle de radiologie interventionnelle, salle d'endoscopie) ;
- avant l'induction anesthésiques ;
- avant l'intervention chirurgicale proprement dite.

La présence d'un bracelet d'identification et la cohérence de l'identité présente sur ce bracelet avec l'identité de l'usager sont systématiquement vérifiées.

Toute discordance entre l'identité déclinée ou relevée sur le dispositif physique d'identification ou les documents de prise en charge est un feu rouge. Le service d'origine de l'usager doit être immédiatement contacté. Aucun soin ou acte n'est réalisé tant que la discordance n'est pas levée ou expliquée.

Afin d'éviter les erreurs d'étiquetage des prélèvements, ou de sélection de dispositifs médicaux implantables, il ne doit y avoir dans la salle d'intervention que les éléments concernant l'usager pris en charge.

Après intervention ou l'acte, les prélèvements éventuellement réalisés sont identifiés dans la salle technique.

La dernière partie de la check-list est renseignée en équipe, à voix haute et au fur et à mesure et confirme en particulier l'identification des prélèvements et des pièces opératoires.

Lors de la réalisation de la traçabilité en cas de pose de DMI, l'identification du document de traçabilité est indispensable avec a minima la pose d'une étiquette informatisée.

Si la traçabilité est réalisée informatiquement, le personnel veille à respecter les règles de recherche d'un dossier (d'une identité) et à sélectionner le dossier correspondant à l'usager.

Avant la sortie de l'usager de la salle technique, l'équipe vérifie la présence du bracelet d'identification et le repositionne si nécessaire. Si pour des raisons techniques ou organisationnelles, il n'est pas possible de repositionner le bracelet d'identification, ceci doit être signalé en salle de surveillance post interventionnelle et un bracelet doit être immédiatement mis en place.

L'ensemble des documents, étiquettes correspondant à l'usager sont rassemblés et sortis de la salle technique.

Il ne doit plus rester aucun document relatif à cet usager, une fois l'intervention ou l'acte terminé afin d'éviter les erreurs ultérieures.

### 3.11 Administration de produits sanguins labiles

Chaque étape du processus transfusionnel, phénotypage érythrocytaire, prescription de produits sanguins labiles (PSL), vérification des PSL lors de la réception, administration, impose la vérification de l'identité du patient (cf. 3.1).

Depuis l'arrêté du 15 mai 2018, la **réalisation d'un phénotype érythrocytaire** nécessite que l'identité soit enregistrée à partir d'un document officiel d'identité.

**L'identité présente sur la prescription** doit comporter les traits minimums exigés (cf. 3.4) et doit être identique à celle utilisée pour le phénotypage érythrocytaire.

**Lors de la réception** de la commande de PSL, un contrôle de cohérence entre l'identité présente sur la fiche de délivrance nominative, la prescription médicale, le PSL doit être réalisé. **En cas de discordance** (y compris une discordance pouvant paraître mineure comme une différence d'une lettre sur le nom ou le prénom), **il est nécessaire de contacter immédiatement le dépôt de sang** (interne ou EFS selon le cas).

Au moment de l'administration, il est nécessaire de réaliser :

- un contrôle de cohérence entre :
  - o L'identité déclinée par l'usager ou relevée sur le dispositif physique d'identification ;
  - o l'identité présente sur la prescription ;

- l'identité présente sur les PSL ;
- l'identité présente sur le phénotypage érythrocytaire.
- un contrôle de concordance entre le PSL reçu et la prescription médicale ;
- l'identification de la carte de contrôle ultime au lit du malade (CULM) si la procédure de la structure veut que cette carte soit conservée hors de la chambre de l'utilisateur ou renvoyée au dépôt de sang.

**Toute discordance relevée doit entraîner l'arrêt du soin jusqu'à la levée du doute et correction des anomalies.**

Il est vivement conseillé d'utiliser une check-list de l'acte transfusionnel. Un [modèle de check-list](#) est disponible sur le site de la conférence nationale des coordonnateurs régionaux d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle (CNCRH)

### 3.12 Le soin repas.

Le repas est un soin. Il peut faire l'objet d'une prescription médicale ou diététique. Il est adapté aux besoins de l'utilisateur et à son état de santé (texture, hyperprotidique, hypercalorique, hypocalorique...). Il prend en compte les aversions ou les spécificités (sans porc, sans viande...). Il est donc important pour la santé et le bien-être de l'utilisateur que celui-ci reçoive le repas qui lui est destiné.

Les plateaux repas doivent être identifiés et comporter les traits minimums d'identification. Les logiciels de gestion des repas ne permettent pas toujours de respecter les règles de bonnes pratiques en identivigilance. Seul le nom d'usage et le premier prénom sont disponibles. La date de naissance et le sexe ne sont pas imprimables.

Au même titre que les autres soins, un contrôle de cohérence doit être réalisé entre l'identité de l'utilisateur et l'identité présente sur le plateau repas.

Si une traçabilité des ingesta dans le dossier de l'utilisateur est nécessaire, les règles de recherche et de contrôle avant sélection du dossier doivent être respectées.

### 3.13 La gestion du dossier patient

La gestion du dossier fait partie du champ de l'identification secondaire.

Tout au long de la prise en charge de l'utilisateur, son dossier papier ou informatique est alimenté :

- classement de documents dans le dossier papier ;
- intégration d'une copie numérisée de document dans le dossier patient informatisé ;
- observation médicale dans le dossier papier ou informatique ;
- dossier de soin infirmier, papier ou informatique...

Les personnels en charge de cette alimentation sont souvent nombreux : secrétaires médicales, adjoints administratifs, praticiens, infirmier, aides-soignants...

Le rangement de document est parfois confié à des étudiants, externes ou internes en médecine en particulier, souvent non sensibilisés à l'identivigilance.

**Tous les documents présents dans le dossier de l'utilisateur**, y compris s'il s'agit d'un résultat brut d'examen (ECG par exemple, résultats de biologie délocalisée...), **doivent comporter l'identité complète de celui-ci**, y compris si le document papier est destiné à être scanné pour être intégré dans le dossier patient informatisé (cf. 3.4).

Les personnels en charge de l'alimentation et/ou du rangement du dossier doivent être sensibilisés et formés.

Lors de la sortie de l'utilisateur, l'ensemble de l'épisode (et idéalement l'intégralité du dossier) doit être vérifié avant transmission du dossier aux services des archives médicales.

### 3.14 Remise du dossier patient / documents

La remise des documents à l'utilisateur lors de sa sortie doit également faire l'objet d'une procédure d'identification secondaire avec. :

- vérification de l'identification de chaque document ;
- vérification de l'identité de l'utilisateur (question ouverte ou dispositif physique d'identification) ;
- contrôle de cohérence entre l'identité déclarée ou relevée et l'identité présente sur les documents.

La HAS propose depuis 2015 l'utilisation d'une check-list de sortie d'hospitalisation de plus de 24 h. Chaque structure peut s'approprier cette check-list et y inclure les éléments de traçabilité relatifs aux vérifications d'identification secondaire, par exemple :

- la bonne identification des documents a été vérifiée ;
- l'identité de l'utilisateur a été vérifiée ;
- L'identité déclarée ou relevée est cohérente avec celle présente sur les documents remis à l'utilisateur.

## 4 Références réglementaires et bibliographiques

[Référentiel national d'identitovigilance](#)

HAS septembre 2021 : [Manuel de certification des établissements de santé](#)

HAS 2013 [Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments](#)

Norme ISO 15189 : 2012. Laboratoire de biologie médicale – Exigences concernant la qualité et la compétence

SH RF 02 – Révision 06. Exigences pour l'accréditation selon les normes NF EN ISO 15189 et NF EN ISO 22870

MeaH : [Améliorer le transport interne des patients dans les hôpitaux et cliniques retours d'expérience](#)

HAS. 2018 [Les check-lists pour la sécurité du patient](#)

HAS [les autres check-list](#)

HAS 2015 : [Check-list de sortie d'hospitalisation de plus de 24h](#)

[Arrêté du 15 mai 2018 fixant les conditions de réalisation des examens de biologie médicale d'immuno-hématologie érythrocytaire](#). Journal officiel de la République Française du 23 mai 2018

CNRCHH 2007. Globuliste : [check-list de l'acte transfusionnel](#)

## 5 Annexes

### 5.1 Annexe 1 : modèle d'autorisation de droit à l'image :

#### CONSENTEMENT A LA FIXATION, REPRODUCTION ET EXPLOITATION DE L'IMAGE OU D'UN AUTRE ATTRIBUT DE LA PERSONNALITE

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_

Résidant à l'adresse suivante : \_\_\_\_\_

Ayant la qualité de : représentant légal de \_\_\_\_\_, patient, ou visiteur ou membre du personnel (*rayez la mention inutile*).

Autorise la société \_\_\_\_\_ représentée par \_\_\_\_\_, agissant en la qualité de \_\_\_\_\_ :

à me filmer

à me photographier

à enregistrer ma voix

Dans le service de \_\_\_\_\_, du Professeur ou Docteur \_\_\_\_\_ de l'Hôpital \_\_\_\_\_, à la date suivante ou durant la période suivante : \_\_\_\_\_

Cette autorisation est consentie dans les strictes conditions suivantes :

- Pour l'utilisation strictement définie ci-après :

- diffusion dans le cadre suivant : \_\_\_\_\_ (*ex : indiquer diffusion dans le DPI*) ;

- diffusion à but : \_\_\_\_\_(ex : *identitovigilance*).

- Sur les supports suivants (diffusion audiovisuelle câble, hertzien, numérique, radiodiffusion, internet, papier, CD-Rom, DVD-Rom...) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pendant une durée de : La photographie ne pourra pas être conservée au-delà de la durée de prise en charge de l'utilisateur au sein de l'établissement.

La présente autorisation est consentie :

à titre gracieux.

**Toute autre exploitation ou utilisation de mon image ou de tout autre attribut de ma personnalité devra faire l'objet d'un nouvel accord.**

La présente autorisation est délivrée en deux exemplaires, dont le premier me sera remis et le second sera conservé par la société \_\_\_\_\_.

*Sous réserve du respect de l'ensemble de ces conditions, je délivre mon consentement libre et éclairé.*

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature manuscrite de l'intéressé(e)

*(Il est rappelé que les mentions déterminant l'identification des personnes intéressées et les conditions d'autorisation doivent être obligatoirement remplies).*