

# AUDIT FLASH UN JOUR DONNE : PORT ET CONFORMITÉ DU BRACELET D'IDENTIFICATION

**Q1 Identification de la structure :** \_\_\_\_\_ **Q2 Identification du service audité :** \_\_\_\_\_

**Q3 Date de l'audit :** \_\_\_\_\_ **Q4 Identification de l'auditeur :** \_\_\_\_\_

\* **NN** : Nom naissance, **PP** : 1er Prénom,  
**DN** : Date de naissance, **QO** : Question ouverte,  
**QF** : Question fermée, **NV** : Non vérifiée

				Uniquement si "Non" à Q7	Uniquement si "Refusé" à Q8	Uniquement si "Oui, lisible" ou "Oui, illisible" à Q7	Uniquement si "Oui, lisible" ou "Oui, illisible" à Q7	
Q5 Libre	Q5 Bis Libre	Q6 Choix Unique	Q7 Choix Unique	Q8 Choix Unique	Q9 Choix unique	Q10 Choix Unique	Q11 Choix Unique	Q12 Choix Unique
N° Ordre	N° IPP OU iep	Patient communicant	Port du bracelet	Pourquoi bracelet non porté ? *	Le refus est-il tracé dans dossier	Une erreur sur un des traits est constatée **	Vérification journalière réalisée	Question à l'usager : si au décours des soins vous relevez une erreur au niveau de votre identité
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, lisible <input type="checkbox"/> Oui, illisible <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non proposé <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Retiré par usager <input type="checkbox"/> par Personnel soignant <input type="checkbox"/> Info non connue <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non Vérifiable <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mesure non mise en place <input type="checkbox"/>	Je n'ose rien dire <input type="checkbox"/> Je le signale <input type="checkbox"/> Je fais confiance à l'équipe <input type="checkbox"/> Usager non communicant <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, lisible <input type="checkbox"/> Oui, illisible <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non proposé <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Retiré par usager <input type="checkbox"/> par Personnel soignant <input type="checkbox"/> Info non connue <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non Vérifiable <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mesure non mise en place <input type="checkbox"/>	Je n'ose rien dire <input type="checkbox"/> Je le signale <input type="checkbox"/> Je fais confiance à l'équipe <input type="checkbox"/> Usager non communicant <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, lisible <input type="checkbox"/> Oui, illisible <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non proposé <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Retiré par usager <input type="checkbox"/> par Personnel soignant <input type="checkbox"/> Info non connue <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non Vérifiable <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mesure non mise en place <input type="checkbox"/>	Je n'ose rien dire <input type="checkbox"/> Je le signale <input type="checkbox"/> Je fais confiance à l'équipe <input type="checkbox"/> Usager non communicant <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, lisible <input type="checkbox"/> Oui, illisible <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non proposé <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Retiré par usager <input type="checkbox"/> par Personnel soignant <input type="checkbox"/> Info non connue <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non Vérifiable <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mesure non mise en place <input type="checkbox"/>	Je n'ose rien dire <input type="checkbox"/> Je le signale <input type="checkbox"/> Je fais confiance à l'équipe <input type="checkbox"/> Usager non communicant <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, lisible <input type="checkbox"/> Oui, illisible <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non proposé <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Retiré par usager <input type="checkbox"/> par Personnel soignant <input type="checkbox"/> Info non connue <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non Vérifiable <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mesure non mise en place <input type="checkbox"/>	Je n'ose rien dire <input type="checkbox"/> Je le signale <input type="checkbox"/> Je fais confiance à l'équipe <input type="checkbox"/> Usager non communicant <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, lisible <input type="checkbox"/> Oui, illisible <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non proposé <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Retiré par usager <input type="checkbox"/> par Personnel soignant <input type="checkbox"/> Info non connue <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non Vérifiable <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mesure non mise en place <input type="checkbox"/>	Je n'ose rien dire <input type="checkbox"/> Je le signale <input type="checkbox"/> Je fais confiance à l'équipe <input type="checkbox"/> Usager non communicant <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, lisible <input type="checkbox"/> Oui, illisible <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non proposé <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Retiré par usager <input type="checkbox"/> par Personnel soignant <input type="checkbox"/> Info non connue <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non Vérifiable <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mesure non mise en place <input type="checkbox"/>	Je n'ose rien dire <input type="checkbox"/> Je le signale <input type="checkbox"/> Je fais confiance à l'équipe <input type="checkbox"/> Usager non communicant <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, lisible <input type="checkbox"/> Oui, illisible <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non proposé <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Retiré par usager <input type="checkbox"/> par Personnel soignant <input type="checkbox"/> Info non connue <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non Vérifiable <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mesure non mise en place <input type="checkbox"/>	Je n'ose rien dire <input type="checkbox"/> Je le signale <input type="checkbox"/> Je fais confiance à l'équipe <input type="checkbox"/> Usager non communicant <input type="checkbox"/>

				Uniquement si "Non" à Q7	Uniquement si "Refusé" à Q8	Uniquement si "Oui, lisible" ou "Oui, illisible" à Q7		
Q5 Libre	Q5 Bis Libre	Q6 Choix Unique	Q7 Choix Unique	Q8 Choix Unique	Q9 Choix unique	Q10 Choix Unique	Q11 Choix Unique	Q12 Choix Unique
N° Ordre	N° IPP OU iep	Patient communicant	Port du bracelet	Pourquoi bracelet non porté ? *	Le refus est-il tracé dans dossier	Une erreur sur un des traits est constatée **	Vérification journalière réalisée	Question à l'usager : si au décours des soins vous relevez une erreur au niveau de votre identité
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, lisible <input type="checkbox"/> Oui, illisible <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non proposé <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Retiré par usager <input type="checkbox"/> par Personnel soignant <input type="checkbox"/> Info non connue <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non Vérifiable <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mesure non mise en place <input type="checkbox"/>	Je n'ose rien dire <input type="checkbox"/> Je le signale <input type="checkbox"/> Je fais confiance à l'équipe <input type="checkbox"/> Usager non communicant <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, lisible <input type="checkbox"/> Oui, illisible <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non proposé <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Retiré par usager <input type="checkbox"/> par Personnel soignant <input type="checkbox"/> Info non connue <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non Vérifiable <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mesure non mise en place <input type="checkbox"/>	Je n'ose rien dire <input type="checkbox"/> Je le signale <input type="checkbox"/> Je fais confiance à l'équipe <input type="checkbox"/> Usager non communicant <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, lisible <input type="checkbox"/> Oui, illisible <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non proposé <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Retiré par usager <input type="checkbox"/> par Personnel soignant <input type="checkbox"/> Info non connue <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non Vérifiable <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mesure non mise en place <input type="checkbox"/>	Je n'ose rien dire <input type="checkbox"/> Je le signale <input type="checkbox"/> Je fais confiance à l'équipe <input type="checkbox"/> Usager non communicant <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, lisible <input type="checkbox"/> Oui, illisible <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non proposé <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Retiré par usager <input type="checkbox"/> par Personnel soignant <input type="checkbox"/> Info non connue <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non Vérifiable <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mesure non mise en place <input type="checkbox"/>	Je n'ose rien dire <input type="checkbox"/> Je le signale <input type="checkbox"/> Je fais confiance à l'équipe <input type="checkbox"/> Usager non communicant <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, lisible <input type="checkbox"/> Oui, illisible <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non proposé <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Retiré par usager <input type="checkbox"/> par Personnel soignant <input type="checkbox"/> Info non connue <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non Vérifiable <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mesure non mise en place <input type="checkbox"/>	Je n'ose rien dire <input type="checkbox"/> Je le signale <input type="checkbox"/> Je fais confiance à l'équipe <input type="checkbox"/> Usager non communicant <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, lisible <input type="checkbox"/> Oui, illisible <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non proposé <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Retiré par usager <input type="checkbox"/> par Personnel soignant <input type="checkbox"/> Info non connue <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non Vérifiable <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mesure non mise en place <input type="checkbox"/>	Je n'ose rien dire <input type="checkbox"/> Je le signale <input type="checkbox"/> Je fais confiance à l'équipe <input type="checkbox"/> Usager non communicant <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, lisible <input type="checkbox"/> Oui, illisible <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non proposé <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Retiré par usager <input type="checkbox"/> par Personnel soignant <input type="checkbox"/> Info non connue <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non Vérifiable <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mesure non mise en place <input type="checkbox"/>	Je n'ose rien dire <input type="checkbox"/> Je le signale <input type="checkbox"/> Je fais confiance à l'équipe <input type="checkbox"/> Usager non communicant <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, lisible <input type="checkbox"/> Oui, illisible <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non proposé <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Retiré par usager <input type="checkbox"/> par Personnel soignant <input type="checkbox"/> Info non connue <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non Vérifiable <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mesure non mise en place <input type="checkbox"/>	Je n'ose rien dire <input type="checkbox"/> Je le signale <input type="checkbox"/> Je fais confiance à l'équipe <input type="checkbox"/> Usager non communicant <input type="checkbox"/>

				Uniquement si "Non" à Q7	Uniquement si "Refusé" à Q8	Uniquement si "Oui, lisible" ou "Oui, illisible" à Q7		
Q5 Libre	Q5 Bis Libre	Q6 Choix Unique	Q7 Choix Unique	Q8 Choix Unique	Q9 Choix unique	Q10 Choix Unique	Q11 Choix Unique	Q12 Choix Unique
N° Ordre	N° IPP OU iep	Patient communicant	Port du bracelet	Pourquoi bracelet non porté ? *	Le refus est-il tracé dans dossier	Une erreur sur un des traits est constatée **	Vérification journalière réalisée	Question à l'usager : si au décours des soins vous relevez une erreur au niveau de votre identité
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, lisible <input type="checkbox"/> Oui, illisible <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non proposé <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Retiré par usager <input type="checkbox"/> . Par Personnel soignant <input type="checkbox"/> Info non connue <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non Vérifiable <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mesure non mise en place <input type="checkbox"/>	Je n'ose rien dire <input type="checkbox"/> Je le signale <input type="checkbox"/> Je fais confiance à l'équipe <input type="checkbox"/> Usager non communicant <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, lisible <input type="checkbox"/> Oui, illisible <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non proposé <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Retiré par usager <input type="checkbox"/> . Par Personnel soignant <input type="checkbox"/> Info non connue <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non Vérifiable <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mesure non mise en place <input type="checkbox"/>	Je n'ose rien dire <input type="checkbox"/> Je le signale <input type="checkbox"/> Je fais confiance à l'équipe <input type="checkbox"/> Usager non communicant <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, lisible <input type="checkbox"/> Oui, illisible <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non proposé <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Retiré par usager <input type="checkbox"/> . Par Personnel soignant <input type="checkbox"/> Info non connue <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non Vérifiable <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mesure non mise en place <input type="checkbox"/>	Je n'ose rien dire <input type="checkbox"/> Je le signale <input type="checkbox"/> Je fais confiance à l'équipe <input type="checkbox"/> Usager non communicant <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, lisible <input type="checkbox"/> Oui, illisible <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non proposé <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Retiré par usager <input type="checkbox"/> . Par Personnel soignant <input type="checkbox"/> Info non connue <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non Vérifiable <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mesure non mise en place <input type="checkbox"/>	Je n'ose rien dire <input type="checkbox"/> Je le signale <input type="checkbox"/> Je fais confiance à l'équipe <input type="checkbox"/> Usager non communicant <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, lisible <input type="checkbox"/> Oui, illisible <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non proposé <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Retiré par usager <input type="checkbox"/> . Par Personnel soignant <input type="checkbox"/> Info non connue <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non Vérifiable <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mesure non mise en place <input type="checkbox"/>	Je n'ose rien dire <input type="checkbox"/> Je le signale <input type="checkbox"/> Je fais confiance à l'équipe <input type="checkbox"/> Usager non communicant <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, lisible <input type="checkbox"/> Oui, illisible <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non proposé <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Retiré par usager <input type="checkbox"/> . Par Personnel soignant <input type="checkbox"/> Info non connue <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non Vérifiable <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mesure non mise en place <input type="checkbox"/>	Je n'ose rien dire <input type="checkbox"/> Je le signale <input type="checkbox"/> Je fais confiance à l'équipe <input type="checkbox"/> Usager non communicant <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, lisible <input type="checkbox"/> Oui, illisible <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non proposé <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Retiré par usager <input type="checkbox"/> . Par Personnel soignant <input type="checkbox"/> Info non connue <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non Vérifiable <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mesure non mise en place <input type="checkbox"/>	Je n'ose rien dire <input type="checkbox"/> Je le signale <input type="checkbox"/> Je fais confiance à l'équipe <input type="checkbox"/> Usager non communicant <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, lisible <input type="checkbox"/> Oui, illisible <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non proposé <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Retiré par usager <input type="checkbox"/> . Par Personnel soignant <input type="checkbox"/> Info non connue <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non Vérifiable <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mesure non mise en place <input type="checkbox"/>	Je n'ose rien dire <input type="checkbox"/> Je le signale <input type="checkbox"/> Je fais confiance à l'équipe <input type="checkbox"/> Usager non communicant <input type="checkbox"/>

				Uniquement si "Non" à Q7	Uniquement si "Refusé" à Q8	Uniquement si "Oui, lisible" ou "Oui, illisible" à Q7		
Q5 Libre	Q5 Bis Libre	Q6 Choix Unique	Q7 Choix Unique	Q8 Choix Unique	Q9 Choix unique	Q10 Choix Unique	Q11 Choix Unique	Q12 Choix Unique
N° Ordre	N° IPP OU iep	Patient communicant	Port du bracelet	Pourquoi bracelet non porté ? *	Le refus est-il tracé dans dossier	Une erreur sur un des traits est constatée **	Vérification journalière réalisée	Question à l'usager : si au décours des soins vous relevez une erreur au niveau de votre identité
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, lisible <input type="checkbox"/> Oui, illisible <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non proposé <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Retiré par usager <input type="checkbox"/> . Par Personnel soignant <input type="checkbox"/> Info non connue <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non Vérifiable <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mesure non mise en place <input type="checkbox"/>	Je n'ose rien dire <input type="checkbox"/> Je le signale <input type="checkbox"/> Je fais confiance à l'équipe <input type="checkbox"/> Usager non communicant <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, lisible <input type="checkbox"/> Oui, illisible <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non proposé <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Retiré par usager <input type="checkbox"/> . Par Personnel soignant <input type="checkbox"/> Info non connue <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non Vérifiable <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mesure non mise en place <input type="checkbox"/>	Je n'ose rien dire <input type="checkbox"/> Je le signale <input type="checkbox"/> Je fais confiance à l'équipe <input type="checkbox"/> Usager non communicant <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, lisible <input type="checkbox"/> Oui, illisible <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non proposé <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Retiré par usager <input type="checkbox"/> . Par Personnel soignant <input type="checkbox"/> Info non connue <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non Vérifiable <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mesure non mise en place <input type="checkbox"/>	Je n'ose rien dire <input type="checkbox"/> Je le signale <input type="checkbox"/> Je fais confiance à l'équipe <input type="checkbox"/> Usager non communicant <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, lisible <input type="checkbox"/> Oui, illisible <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non proposé <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Retiré par usager <input type="checkbox"/> . Par Personnel soignant <input type="checkbox"/> Info non connue <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non Vérifiable <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mesure non mise en place <input type="checkbox"/>	Je n'ose rien dire <input type="checkbox"/> Je le signale <input type="checkbox"/> Je fais confiance à l'équipe <input type="checkbox"/> Usager non communicant <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, lisible <input type="checkbox"/> Oui, illisible <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non proposé <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Retiré par usager <input type="checkbox"/> . Par Personnel soignant <input type="checkbox"/> Info non connue <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non Vérifiable <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mesure non mise en place <input type="checkbox"/>	Je n'ose rien dire <input type="checkbox"/> Je le signale <input type="checkbox"/> Je fais confiance à l'équipe <input type="checkbox"/> Usager non communicant <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui, lisible <input type="checkbox"/> Oui, illisible <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non proposé <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Retiré par usager <input type="checkbox"/> . Par Personnel soignant <input type="checkbox"/> Info non connue <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non Vérifiable <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mesure non mise en place <input type="checkbox"/>	Je n'ose rien dire <input type="checkbox"/> Je le signale <input type="checkbox"/> Je fais confiance à l'équipe <input type="checkbox"/> Usager non communicant <input type="checkbox"/>