

Guide de référence d'IdentitoVigilance en région PACA

Fiche explicative

Le guide de référence a été conçu par les pilotes thématiques du GRIVES.

La version actuelle du guide de référence (v1.08.00) a été approuvée par l'ARS PACA.

Chaque structure de santé peut s'approprier librement ce guide et l'adapter à son propre contexte. Le texte en gris et italique est à adapter à chaque situation.

En cas de modification du guide par une structure de santé, le numéro de version devra être modifié sur le 3^{ème} rang de version. (Ex : 1ere modification : v1.08.01, 2eme modification : v1.08.02, ...)

Le guide de référence a pour vocation à évoluer dans le temps en fonction des nouvelles réglementations et pratiques. Le GRIVES assurera une veille dans ce domaine et apportera les corrections nécessaires au document.

Toute suggestion ou demande de modification peut être adressée au :

Chef de projet :

- Nathalie MEDA (nmeda@orupaca.fr)

Pilote de la charte IdentitoVigilance :

- Manuela OLIVER (manuela.oliver@intradef.gouv.fr)
- Céline GERAUD (cgeraud@ch-aix.fr)

Table des matières

Fiche explicative	2
Préambule	7
Remerciements	7
1. Définitions – terminologie.....	8
2. Contexte et Objectifs.....	11
2.1. Périmètre d'application de la politique d'identification	11
2.2. Mode de prise en charge.....	11
2.3. Acteurs concernés	11
2.4. Le système d'information.....	12
3. Les instances.....	13
3.1. Instances mises en place	13
3.2. La cellule décisionnaire : Autorité de Gestion des Identifications (AGI)	13
3.2.1. Composition	13
3.2.2. Missions.....	13
3.2.3. Fréquence de réunion	14
3.3. La Cellule d'IdentitoVigilance (CIV)	14
3.3.1. Composition	14
3.3.2. Missions.....	14
3.3.3. Fréquence de réunion	15
3.4. Le référent local d'IdentitoVigilance	15
3.4.1. Désignation.....	15
3.4.2. Missions.....	15
3.5. Le temps dédié à l'IdentitoVigilance	15
4. L'identité au sein des établissements	16
4.1. Identifiant utilisé	16
4.2. Recueil de l'identité.....	16
4.3. Recherche dans la base	17
4.4. Règles de saisie pour l'intégration des données d'identité (cf. Annexe 4)	17
4.4.1. Formes canoniques	17
4.4.2. Traits stricts	17
4.4.3. Traits étendus.....	18
4.4.4. Traits complémentaires.....	19
4.4.5. Validation de l'identité	19

4.4.6.	Présentation du principe des attributs d'identités	19
4.5.	Règles de saisie pour les cas particuliers (cf. Annexe 7)	19
4.5.1.	Enregistrement de l'identité d'un patient incapable de décliner son identité	19
4.5.2.	Enregistrement de l'identité d'un patient souhaitant garder l'anonymat.....	20
4.5.3.	Création de patients TEST	20
4.6.	Le bracelet d'identification.....	21
4.7.	Identification des documents du dossier patient.....	21
5.	Modification et rapprochement d'identité	22
5.1.	Modification d'identité.....	22
5.2.	Rapprochement dans le SIH	22
5.3.	Rapprochement dans les logiciels périphériques.....	23
6.	Procédures au sein de l'établissement.....	24
7.	La formation à l'IdentitoVigilance	25
7.1.	Formation du personnel.....	25
7.2.	Formation du public	25
8.	Sécurité, confidentialité, traçabilité	26
8.1.	Sécurité.....	26
8.1.1.	Les droits d'identification des patients et de modification d'identité (annexe 5)	26
8.1.2.	Les droits de rapprochement et de fusion	26
8.1.3.	Traçabilité autour de l'identité.....	26
8.2.	Confidentialité.....	27
8.3.	Référents logiciels métier.....	27
8.4.	Formation du personnel.....	27
9.	Indicateurs qualité (cf. Annexe 3)	28
9.1.	Indicateurs d'identification primaire portant sur la qualité de l'identification.....	28
9.2.	Suivi et analyse des FSEI	29
9.3.	Indicateurs de formation du personnel	29
9.4.	Audits et enquêtes de satisfaction (cf. Annexe 6).....	30
9.5.	Analyse des résultats.....	30
10.	Respect des droits du patient et de la confidentialité des informations médicales	30
Annexe 1.	Abréviations.....	32
Annexe 2.	Bibliographie.....	33
Annexe 3.	Les indicateurs.....	35
Annexe 3.1	- Suivi et analyse des FSEI.....	35

Annexe 3.1.1 - Classement en fonction de la gravité des FSEI d'IdentitoVigilance	35
Annexe 3.1.2 Taux de FSEI mineures relatives à l'identification primaire des patients	38
Annexe 3.1.3 - Nombre de FSEI majeures relatives à l'identification primaire des patients.....	40
Annexe 3.1.4 - Taux de FSEI critiques relatives à l'identification primaire des patients	42
Annexe 3.1.5 - Taux de FSEI non majeures et non critiques relatives à l'identification secondaire des patients	44
Annexe 3.1.6 - Taux de FSEI mineures relatives à l'identification secondaire des patients	45
Annexe 3.1.7 - Taux de FSEI majeures relatives à l'identification secondaire des patients	46
Annexe 3.1.8 - Taux de FSEI critiques relatives à l'identification secondaire des patients.....	47
Annexe 3.2 - Suivi des doublons.....	48
Annexe 3.2.1 - Taux de doublons de flux	48
Annexe 3.2.2 - Nombre de doublons créés	49
Annexe 3.3 - Suivi des collisions et des fusions.....	50
Annexe 3.3.1 - Taux de collisions dépistées	50
Annexe 3.3.2 - Nombre de fusions réalisées	51
Annexe 3.3.3 - Pourcentage de fusions précoces	52
Annexe 3.3.4 - Taux de fusions tardives.....	53
Annexe 3.4 - Nombre d'usurpation d'identité	54
Annexe 3.5 - Modifications d'identité liées à des erreurs de saisie.....	55
Annexe 3.6 - Taux de formation du personnel.....	56
Annexe 4. Tableau des règles de saisie	57
Annexe 5. Droits d'identification dans les Etablissement de santé	59
Annexe 6. Grilles d'audit validées par le GRIVES.....	60
Annexe 6.1 - Enquête un jour donné, exhaustivité du port du bracelet d'identification chez le patient hospitalisé ou en ambulatoire	60
Annexe 6.2 - Evaluation de l'utilisation du bracelet d'identification	62
Annexe 6.3 - Recueil de l'identité au bureau des entrées	63
Annexe 6.4 - Grille d'évaluation : des règles d'identification lors d'un prélèvement biologique.....	65
Annexe 6.5 - Recueil de l'identité administrative au secrétariat médical (y compris centre de consultations externes)	66
Annexe 7. Protocoles et procédures	67
Annexe 7.1 - Enregistrement de l'identité d'un patient incapable de décliner son identité	67
Annexe 7.2 - Enregistrement de l'identité d'un patient souhaitant garder l'anonymat.....	69
Annexe 7.2.1 - Episode de soins confidentiels :	69

Insérer le logo de votre établissement

Annexe 7.2.2 - Identité confidentielle (identité protégée)	69
Annexe 7.2.3 - Anonymat total	69
Annexe 7.2.4 - Accouchement sous X	70
Annexe 7.2.5 - Autre exemple de procédure	70

Préambule

Le guide de référence en IdentitoVigilance en région PACA pose le principe du respect des bonnes pratiques en matière d'IdentitoVigilance et formule les préconisations applicables en région PACA.

Ce guide s'inscrit dans le cadre de l'amélioration de la qualité des établissements et structures de santé. En particulier, au regard de la démarche de certification V 2014 avec la mise en place du compte Qualité et les attendus pour les établissements de santé sur les 6 étapes de l'analyse des risques des thématiques retenues, dont « l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge » fait partie.

Ce guide s'adresse à toute structure ou organisation à caractère sanitaire de la région PACA.

Par la suite, le terme utilisé pour nommer ces différentes organisations sera le terme «structures de santé.»

Ce guide n'est pas opposable. Il s'agit d'une réflexion du groupe de travail régional approuvée par l'ARS. Il a été conçu pour vous aider à rédiger la charte d'IdentitoVigilance de votre établissement et pour vous permettre d'élaborer les règles et procédures applicables localement.

Les paragraphes *en gris et en italique* sont à adapter au contexte de votre structure.

Remerciements

Le guide de référence d'IdentitoVigilance et ses annexes sont le fruit d'un travail collaboratif

Mme CASTRO Myriam (Hôpital Renée Sabran)	Dr DAVID-RUBIN Marie Françoise (CHI Fréjus Saint-Raphaël)	Dr DESSE Dominique (CH Grasse)
M. DOMKEN Nicolas (Polyclinique du parc Rambot)	M. FORNARI Arman (Clinique du palais)	Mme GAUTIER Mélina (Clinique le jauberte)
Dr GERAUD Céline (CH du Pays d'Aix)	Mme LATOUR Léoncie (CH Bollène)	M. LENTIN Grégory (Centre de diététique spécialisé Saint Jean)
Mme LESCURE Emilie (UGEAM)	Mme LOPEZ Patricia (Clinique du parc impérial)	Dr OLIVER Manuela (HIA Laveran)
Mme MAZZONI Laëtitia (Cliniques DOMUSVI à Cannes)	Mme MONTEILLET Magali (CH Vaison la Romaine)	Mme PASCAL Valérie (Centre médical la Durance)
Mme PARANQUE Joëlle (CH Avignon)	Mme PARIS Marjorie (Clinique Capio Fontvert)	Mme RECH Lydia (Hôpital Renée Sabran)
Mme POLITO Cécile (CH Avignon)	Mme PUJOL Marie-Pierre (ARS PACA)	M. SIMON Laurent (ARS PACA)
Mme SCHMITT Jocelyne (Centre médical Provence Azur)	Mme SEGALEN Laëtitia (Centre médical la Durance)	Dr VACHE Bernard (CHICAS).
Mme TOLINI Simone (Etablissement Français du Sang)	Dr TRAMIER Blaise (CH Aubagne)	

1. Définitions – terminologie

- **Collision** : Dans un même domaine d'identification, un même identifiant est attribué à deux personnes physiques différentes.
- **Domaine d'identification** : il regroupe au sein d'une organisation de santé toutes les applications qui utilisent le même identifiant pour désigner un patient. Exemple 1 : un cabinet médical disposant d'un mode unique d'identification de ses patients est considéré comme un domaine d'identification.
Exemple 2 : un établissement de santé dont tous les logiciels utilisent le même identifiant est un domaine d'identification.
- **Domaine de rapprochement** : il rassemble au moins deux domaines d'identification qui échangent des informations entre eux. On distingue les domaines de rapprochements intra établissement et extra établissement. Exemple 3 : un établissement de santé disposant d'un Identifiant Permanent du Patient (IPP) et dont une partie des logiciels utilise un identifiant et une autre partie des logiciels un autre identifiant est un domaine de rapprochement. En effet, dans cet exemple, il existe deux groupes de logiciels et chaque groupe utilise un identifiant qui lui est propre. Chaque groupe constitue donc un domaine d'identification différent. L'établissement dispose également d'un IPP qui lui permet d'échanger des informations entre les deux domaines d'identification. Ce domaine de rapprochement est un domaine de rapprochement intra établissement.
- **Défusion** : action de dissocier un identifiant en deux identifiants.
- **Doublon** : dans un même domaine d'identification, une même personne physique possède au moins deux identifiants.
- **Dossier test** : patient fictif ne correspondant à aucune personne physique existante, crée pour tester le fonctionnement d'un système d'information dans le cadre d'une création, d'une modification ou d'une mise à jour.
- **Fusion** : action de transférer sur un identifiant unique, toutes les informations relatives à une personne physique et dispersées sur un ou plusieurs doublons.
- **Identifiant** : il s'agit d'une séquence de caractères utilisée par un ou plusieurs systèmes d'information pour représenter une personne physique du monde réel.
- **Identifiant national de santé calculé (INS-C)** : il est calculé par le système d'information de santé à partir d'un nombre réduit de traits d'identité issus de la carte vitale du patient, à savoir :
 - Numéro de sécurité sociale + prénom + date de naissance (choix sur les traits les plus invariables de la personne pour limiter le risque de doublons). L'INS-C permet de répondre aux besoins à court terme en attendant l'inscription de l'identifiant national de santé généré aléatoirement (INS-A) dans la carte vitale du patient.
- **Identification du patient** : opération consistant à attribuer de manière univoque à une personne physique un nouvel identifiant ou à retrouver un identifiant existant.
- **Identification primaire** : encore appelée identification initiale, elle consiste à créer une identité dans le SIH, et certains logiciels périphériques qui peuvent posséder un domaine d'identification particulier ou à attribuer une identité connue à un patient.

- **Identification secondaire** : Vérification par tout professionnel de santé, de l'identité du patient avant la réalisation d'un acte le concernant (prélèvement, soins, transport) L'identification secondaire comprend également l'identification des prélèvements ou des documents du patient, et la sélection du patient dans une application périphérique au SIH (prescription connectée, dossier médical...).
- **Identité** : ensemble de données qui constitue la représentation d'une personne physique. Elle est composée d'un profil de traits. Pour l'identification primaire du patient dans les systèmes informatiques l'identité est associée à un identifiant.
- **Index d'identification** : base de données qui porte les identités du patient.
- **Interopérabilité de systèmes informatiques**: capacité de ces systèmes à réaliser des opérations compatibles et/ou coordonnées et à échanger des informations.
- **Nom de jeune fille** = nom de naissance.
- **Nom de famille** = nom de naissance.
- **Nom de naissance** = Nom de jeune fille = Nom de famille = Nom patronymique.
- **Nom marital** = nom usuel.
- **Nom patronymique** = nom de naissance.
- **Nom d'usage** = nom usuel.
- **Nom usuel = Nom d'usage = Nom marital** nom qu'un individu choisit de porter.
- **Patient** : personne physique.
- **Prénom** : premier prénom avant la virgule sur les documents officiels.
- **Prénom usuel** = prénom qu'un individu choisit de porter et qui ne correspond pas forcément au premier prénom avant la virgule sur la pièce d'identité.
- **Profil de traits** : ensemble des caractéristiques, ou traits, du patient qui permet de le décrire de manière univoque.
- **Rapprochement** : Opération qui consiste à créer des couples d'identités. Les identités appartiennent à deux domaines d'identification distincts.
- **Traits** : éléments d'informations propres à un patient, d'importance variable. Ils sont dits *stricts* dès qu'ils permettent l'identification du patient.
 - Les traits stricts contribuent au rapprochement automatique d'identités. Ces traits sont **le nom de naissance, le prénom, la date de naissance, le sexe, le pays de naissance pour les patients nés à l'étranger, et le lieu de naissance pour les patients nés en France (métropolitaine, DOM, TOM, POM).**
 - Ce sont des éléments **stables**, vérifiables à partir de documents officiels comportant impérativement une **photographie** à l'exception du livret de famille pour les enfants mineurs ne disposant pas de carte d'identité.

Ils sont dits *étendus* lorsqu'ils apportent un supplément d'identification et permettent d'affiner l'identité de la personne (ex : nom usuel, adresse,...). Ces éléments ne sont pas stables dans le temps.

Ils sont dits *complémentaires* quand ils apportent des informations de type métier ou socioprofessionnelles (ex : numéro de sécurité sociale, profession, ou numéro de téléphone). Ils peuvent permettre d'affiner une recherche sur l'identité d'un patient.

- **Usurpation d'identité** : Action volontaire d'un patient visant à utiliser l'identité d'une autre personne, principalement dans le but de bénéficier de sa couverture sociale. L'usurpation d'identité peut engendrer des risques très graves pour la santé de l'usurpateur mais aussi du titulaire des droits lors d'un prochain séjour dans l'établissement de soins par le mélange des informations qu'elle entraîne dans le même dossier.

2. Contexte et Objectifs

2.1. Périmètre d'application de la politique d'identification

Ce guide a pour but de présenter la politique d'identification mise en œuvre en région PACA que chaque établissement doit décliner dans sa politique de gestion des risques.

L'application de cette politique vise à :

- Améliorer l'identification du patient dans les établissements de soins de la région PACA ;
- Réduire le risque d'erreur sur l'identification de la personne prise en charge
- Une meilleure identification pour un dossier compatible avec le dossier médical personnel (DMP) ;
- Une meilleure communication entre les établissements ;
- Une contribution à l'interopérabilité des systèmes d'information de santé en matière d'IdentitoVigilance.

2.2. Mode de prise en charge

La politique d'identification du patient s'applique à tous les modes de prise en charge (hospitalisation, conventionnelle ou ambulatoire, consultation externe, programmée ou en urgence, séance...) ainsi qu'aux consultations de télémedecine.

2.3. Acteurs concernés

Le patient est directement concerné par son identification.

Les professionnels concernés sont ceux qui prennent en charge directement le patient et ceux qui interviennent sur tout ou partie des données médico-administratives du patient (identification primaire ou secondaire) :

Citer ci-dessous la liste des professionnels participant à l'identification du patient

- les médecins et le personnel paramédical (aide-soignant, infirmiers) ;
- les secrétaires médicales ;
- les brancardiers ;
- les personnels des services médico-techniques :
 - laboratoire,
 - imagerie,
 - pharmacie à usage intérieur,
 - plateau technique de rééducation fonctionnelle,
 - unité transversale de diététique,
 - centre d'exploration fonctionnelle,
 - ...
- les personnels administratifs réalisant l'identification de patients ou traitant son dossier
 - bureau des entrées,
 - service des archives,
 - ...
- les personnels des services informatiques ;
- les intervenants de sociétés tierces réalisant des prises de rendez-vous par téléphone ;
- les personnels des départements d'information médicale (MIM – TIM ...).

2.4. Le système d'information.

Dans les structures de santé, le système d'information de santé intègre des applications de gestion administrative, de gestion du processus de soins ou encore de gestion du PMSI. Chacune à leur niveau doit participer à l'identification du patient:

Citer ci-dessous la liste des applications participant à l'identification du patient :

- *Système d'information hospitalier,*
- *Logiciel comptable,*
- *Système informatique de laboratoire,*
- *Logiciel d'édition carte groupe sanguin,*
- *Système d'Information de Réanimation,*
- *Logiciel de dispensation de médicaments,*
- *Logiciel d'anatomocytopathologie,*
- *Logiciels pour la restauration,*
- *Logiciel d'imagerie médicale,*
- *Logiciel des services des urgences,*
- *Logiciel de médecine nucléaire,*
- *Logiciel de gestion de la radiothérapie,*
- *Logiciel de gestion des Archives,*
- *Logiciel de gestion du sang,*
- *Logiciel de reconnaissance vocale et de dictée numérique,*
- *Logiciel de gestion des chimiothérapies,*
- *Logiciel de gestion des blocs opératoires,*
- *Logiciel de cardiologie,*
- *Logiciel de gestion de l'anesthésie,*
- *....*

Chaque structure de santé doit disposer au sein de son système d'information d'un **référentiel unique d'identité** (ou domaine principal d'identification).

Le référentiel unique d'identité des patients est un serveur d'identité ou un ensemble de composants (techniques et organisationnels) du système d'information qui garantit la cohérence des données d'identité des patients, l'identifiant permanent du patient (IPP), pour les applications au cœur du processus de soins, de la gestion administrative des patients et du PMSI.

3. Les instances

3.1. Instances mises en place

Les instances ayant en charge l'identification sont :

- Une cellule décisionnaire nommée Autorité de Gestion des Identités (AGI) ;
- Une Cellule Opérationnelle d'IdentitoVigilance (CIV) qui peut selon la taille de l'établissement peut déléguer les aspects opérationnels à une Cellule Opérationnelle de l'IdentitoVigilance (COIV) ;
- Le référent local d'IdentitoVigilance.

3.2. La cellule décisionnaire : Autorité de Gestion des Identifications (AGI)

La cellule décisionnaire d'IV doit être pluridisciplinaire et comprendre au minimum des personnels médicaux, paramédicaux et administratifs.

3.2.1. Composition

Ses membres sont désignés par le Directeur ou le Responsable de l'établissement et validé par la CME ou le Directoire.

La composition conseillée est la suivante :

Au minimum

- Un représentant de la direction ;
- Le référent local d'IdentitoVigilance ;
- Le médecin du DIM ;
- Un TIM ;
- Un représentant du bureau des entrées ;
- Un représentant du service informatique de l'établissement ;

Et si possible

- Un représentant de chacun des domaines «satellites» (pharmacie, ACP, laboratoire, ...)
- Un cadre soignant ;
- Un représentant du service des archives ;
- Un représentant de la cellule qualité ;
- Un représentant de la Cellule opérationnelle ;
- Un représentant d'une association de patient si possible.

NB : Les structures de santé sont libres de désigner toute personne supplémentaire qui leur paraîtra compétente.

3.2.2. Missions

- Définir la politique d'IdentitoVigilance de l'établissement et décliner son plan d'action annuel ;
- Définir la politique de formation en terme d'IdentitoVigilance sur l'établissement, et s'assurer de sa mise en œuvre ;
- Elaborer et suivre les indicateurs des patients pour son établissement ;
- S'assurer de la bonne gestion des procédures de l'établissement relative à l'IdentitoVigilance ;
- Définir et réaliser ou faire réaliser les audits portant sur l'IdentitoVigilance dans leur établissement ;

- Participer à la cartographie des risques de l'établissement et à la gestion des risques a priori ;
- S'assurer de la bonne application des procédures concernant les identifications et les bonnes pratiques professionnelles, conformément à la réglementation et aux recommandations de la charte régionale Collecter, analyser et résoudre les problématiques locales liées aux actions d'identification ;
- Alerter la direction d'établissement sur les éventuels problèmes ou dysfonctionnements dans la mise en œuvre de la politique d'identification ;
- Signaler des événements indésirables graves en rapport avec l'identification des patients à l'ARS.

3.2.3. Fréquence de réunion

L'AGI se réunira au minimum une fois par semestre (pré requis Hôpital Numérique)

3.3. La Cellule d'IdentitoVigilance (CIV)

3.3.1. Composition

Les personnels composant la CIV sont placés sous l'autorité technique du référent local d'IdentitoVigilance.

Ses membres sont désignés par le directeur ou le responsable de la structure de santé sur proposition de l'AGI.

La composition sera adaptée selon les structures de santé, par exemple :

Citer ci-dessous la liste des membres de la CIV :

- un membre du bureau des entrées,
- un membre du DIM,
- Un agent ayant du temps dédié à l'IdentitoVigilance,
- Un référent par logiciel métier.

Compte tenu de l'importance de l'IdentitoVigilance, de sa criticité et de la charge de travail de la cellule opérationnelle ; Il est souhaitable que du temps dédié à cette fonction soit défini dans chaque structure de santé.

Le nombre d'ETP doit être évalué en fonction de sa taille, de son type d'activité, et du nombre de personnel soignant à former.

3.3.2. Missions

La CIV a pour missions :

- de former les acteurs qui créent ou utilisent des identités, sur la base du plan de formation continue validé par la cellule décisionnaire ;
- de rédiger et actualiser les procédures et modes opératoires ayant trait à l'identification primaire du patient ;
- d'analyser les événements indésirables d'IdentitoVigilance et de proposer des mesures correctives ;
- De recenser et analyser, en collaboration avec le service en charge de la gestion de la base patient :
 - Les actions de suivi qualité de la base patient,
 - Les erreurs d'identités,
 - Les rapprochements d'identités,
 - Les fusions d'identifiants ;
- De rendre compte à l'AGI de son bilan d'activité et du déroulement de son plan d'action annuel.

3.3.3. Fréquence de réunion

La CIV se réunira au minimum une fois par trimestre (pré requis Hôpital Numérique).

3.4. Le référent local d'IdentitoVigilance

3.4.1. Désignation

Chaque structure de santé désigne un référent local d'IdentitoVigilance.

3.4.2. Missions

Le référent local d'IdentitoVigilance est l'interlocuteur de la structure de santé pour toutes les questions relatives à l'IdentitoVigilance ; il organise et anime les réunions des comités d'IdentitoVigilance de l'établissement de santé.

Il est par ailleurs le correspondant privilégié de l'AGI pour toute question relative à l'IdentitoVigilance dans sa structure et est membre du GRIVES PACA.

3.5. Le temps dédié à l'IdentitoVigilance

Compte tenu de l'importance de l'IdentitoVigilance, de sa criticité et de la charge de travail de la cellule opérationnelle ; Il est souhaitable que du temps dédié à cette fonction soit définie dans chaque structure de santé.

Le nombre d'ETP doit être évalué en fonction de sa taille, de son type d'activité, et du nombre de personnel soignant à former.

Il est conseillé :

- Pour gérer les bases patients :

	Etablissement sans SAU	Etablissement avec SAU
Nb ETP / 100 lits d'hospitalisation	0.1	0.2

- Pour former le personnel et mener les actions de sensibilisation auprès des patients (affichage, plaquette...) :

	ES < 200 personnels	200< ES > 500 personnels	ES > 500 personnels
Nb ETP	0.1	0,2	0.4

- Pour mener les audits, suivre les indicateurs et les déclarations d'événements indésirables :

	Etablissement sans SAU	Etablissement avec SAU
Nb ETP / 100 lits d'hospitalisation	0.1	0.2

Attention : Cette recommandation n'est pas opposable et n'a pas de valeur officielle. Il s'agit d'une réflexion du groupe de travail régional d'IdentitoVigilance et ne concerne pas uniquement la cellule opérationnelle, mais le temps dédié à l'IdentitoVigilance à tous les niveaux.

4. L'identité au sein des établissements

La qualité des données qui compose la base « patients » est **primordiale**. Les structures de santé doivent mettre en œuvre des procédures destinées à fiabiliser l'identification des patients et à maintenir la qualité des données, en particulier :

- des patients dans l'incapacité de décliner leur identité ;
- des patients souhaitant garder l'anonymat ;
- des patients ayant une identité d'emprunt ;
- des patients test (la gestion des patients tests, qui est une dérogation, doit être scrupuleusement suivie).

4.1. Identifiant utilisé

Conformément aux pré-requis du programme Hôpital Numérique, un établissement de santé doit disposer d'un référentiel unique d'identité des patients.

Chaque patient pris en charge dans le cadre d'une consultation ou d'une hospitalisation se voit attribuer, par le SIH, un **Identifiant Patient Permanent** (IPP) unique dans la structure de santé qui le prend en charge.

4.2. Recueil de l'identité

Dans les structures de santé, la saisie de l'identité du patient dans le SIH est réalisée sous la responsabilité :

- *Du bureau des entrées,*
- *Des services d'accueil déporté,*
- *Des urgences,*
- *Des secrétariats médicaux,*
- *Des consultations externes,*
- ...

Dans la mesure du possible les structures de santé limitent le nombre de personnes autorisées à créer une identité d'un patient.

Une identité est considérée comme **valide si une pièce d'identité validante a été présentée lors de l'enregistrement du patient**.

Les documents suivants sont les seuls considérés comme pièce d'identité validante à l'exclusion de tout autre :

- La carte nationale d'identité ou une pièce d'identité officielle pour les ressortissants étrangers ;
- Le passeport français ou étranger pour un ressortissant étranger ;
- Le titre de séjour ;
- La carte de résident ;
- Le livret de famille pour les mineurs ne possédant pas de pièce d'identité.

Ces documents priment sur tous les autres.

Une identité est considérée comme provisoire si :

- aucune pièce d'identité validante n'est présentée. L'envoi ultérieur du document doit être demandé au patient ou à ses représentants ;
- une divergence d'informations est constatée entre les différents justificatifs "validant".

En cas de discordance entre une pièce validante et une pièce non validante, telle que la carte vitale, seules les informations de la pièce d'identité validante sont prises en compte. Il

sera demandé au patient de faire corriger les données erronées par l'organisme compétent, et le patient recevra une information des risques encourus.

En l'absence de documents d'identité validants pour les traits stricts, il est préférable d'utiliser en priorité un document écrit (permis de conduire, livret de famille) plutôt qu'une simple déclaration orale. **En cas de doute, il conviendra de se référer à la procédure de création d'un patient sans identité.**

Il est conseillé que les structures de santé mettent en place une procédure de signalement d'identité provisoire ou non validée aux équipes soignantes.

Si une pièce d'identité n'a pas pu être présentée, celle-ci devra être réclamée par l'équipe soignante pour vérification et transmission éventuelle au BE.

4.3. Recherche dans la base

Afin d'éviter la création de doublons et la survenue de collision, **la recherche de l'identité du patient est impérative avant toute création de nouvelle identité.**

La recherche se fait prioritairement par la **date de naissance** et peut être affinée par la saisie de critères de recherche supplémentaires tels que :

- le début du nom de naissance ;

et/ou

- le début du prénom.

4.4. Règles de saisie pour l'intégration des données d'identité (cf. Annexe 4)

Ces règles de saisie sont applicables à tous les domaines d'identification de l'établissement de santé.

4.4.1. Formes canoniques

L'instruction DGOS/MSIOS/2013/281 du 7 juin 2013 définit les règles de saisie à appliquer. Les caractères autorisés sont les 26 lettres de l'alphabet, les chiffres de 0 à 9 pour les dossiers anonymes.

- toutes les saisies sont faites en lettres majuscules ;
- sans accentuation ;
- sans ponctuation : utiliser un espace pour remplacer les (') et les (-) ou (- -) ;
- sans aucun caractère particulier (exemple : ç, ä, â interdits) ;
- sans abréviation (ex : ne pas saisir les prénoms composés sous forme JP ou J PIERRE).

Ex : J-Baptiste de St Martin de l'ISLE sera saisi JEAN BAPTISTE DE SAINT MARTIN DE L ISLE

4.4.2. Traits stricts

Les traits stricts correspondent aux traits minimums nécessaires à l'identification d'un individu et utilisés pour un rapprochement d'identités. **La saisie des traits stricts est obligatoire dans chaque domaine d'identification pour procéder à l'inscription du patient.**

Ce sont :

- le nom de naissance (ou nom de famille*) ;
- le prénom (1er prénom avant la virgule figurant sur une pièce justificative validante: Jean-Pierre, Claude, Marc doit être écrit JEAN PIERRE ;
- la date de naissance ;
- le sexe ;

- le pays de naissance ;
- le lieu de naissance (code postal si possible, ville) pour les patients Français.

* Bien que cette notion (nom de famille) corresponde à la nouvelle dénomination (Loi 2002-304 du 4 mars 2002 relative au nom de famille), elle prête à confusion car une femme mariée à qui on demande son nom de famille répondra systématiquement son nom d'épouse. Dans la pratique des dialogues, les deux notions de nom usuel et nom de naissance sont les mieux « comprises » et sont à privilégier. L'instruction DGOS/MSIOS/2013/281 du 7 juin 2013 précise qu'il convient de retenir le nom de naissance pour l'identification et la recherche des patients dans les systèmes d'informations des établissements de santé. Ce nom de naissance doit par ailleurs apparaître sur chaque pièce du dossier patient.

Consignes particulières :

- Si le patient n'a pas de prénom : saisir les informations de la pièce d'identité validante (y compris les mentions XX, SP, SANS PRENOM...) ;
- Des procédures dégradées seront définies par les structures de santé en cas d'impossibilité de renseigner ces traits (par exemple lieu de naissance inconnu) ;
- Prénom usuel : les structures de santé qui le souhaitent peuvent renseigner le prénom usuel du patient s'il est différent du premier prénom, mais uniquement dans la rubrique « autres prénoms » du logiciel de saisie des identités si elle existe.

Remarque : En l'absence d'une discordance entre les règles appliquées par l'Assurance Maladie (01/01/AAAA) et les directives règlementaires (31/12/AAAA) concernant le choix du mois et le jour de naissance des personnes nées dans un pays sans état civil, les structures de santé peuvent être contraintes d'utiliser la date de naissance du patient présente sur la carte d'assuré sociale.

4.4.3. Traits étendus

Les traits étendus apportent un supplément d'identification et permettent d'affiner l'identité de la personne mais ne sont pas stables dans le temps.

La saisie des traits étendus est conseillée dans le SIH :

- Numéro de sécurité sociale (source: carte vitale ou attestation de sécurité sociale papier) ;
- **Nom d'usage** * (Si les structures de santé ont un logiciel les obligeant à saisir le nom usuel, elles peuvent pratiquer le double nommage en recopiant le nom de naissance) ;
- Adresse du domicile (n° rue, compléments, type de voie, voie, complément de voie, code postal, code commune, ville *si possible sur présentation d'un justificatif de domicile de moins de 3 mois*) ;
- Identifiant national de santé calculé (ou autre identifiant reconnu par le niveau national). *Source : lecture de la carte vitale.*

* Une personne mariée peut choisir de porter comme nom d'usage le nom de famille de son conjoint, ou le nom d'usage de son conjoint ajouté au sien ; on parle alors de **nom marital**. En règle générale, pour les hommes et les femmes célibataires, le nom usuel correspond au nom de naissance.

Nota bene : concernant l'INS-C, l'agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP santé) rappelle qu'un risque « minime et assumé de doublon demeure ». Par ailleurs, les ayants droits (enfants ou conjoints des assurés sociaux) ne connaissent pas toujours leur

propre numéro de sécurité sociale. Cependant, le calcul et l'intégration de l'Identifiant national de santé calculé (INS-c) dans les systèmes hospitaliers étiquetés DMP-compatibles est une nécessité pour mettre en œuvre une passerelle entre le système d'information hospitalier (SIH) et le DMP. En l'absence de cet identifiant, seule une consultation et/ou une alimentation en mode WEB sont autorisés (avec lecture de la carte VITALE et calcul de cet identifiant lors de l'accès au site Web par le médecin). Le calcul et le stockage de cet identifiant national doit être possible dans les SIH.

L'ASIP santé rappelle également que «l'INS n'est pas porteur en soi de sécurité, c'est la procédure d'authentification qui associe un individu à un identifiant qui concourt à la sécurité».

4.4.4. Traits complémentaires

Les traits complémentaires apportent des informations de type métier ou socioprofessionnelles ; il s'agit de :

- Catégorie socioprofessionnelles,
- N° téléphone,
- Catégorie de couverture sociale,
- Personne à prévenir,
- Médecin traitant,
- Etc.

4.4.5. Validation de l'identité

Si le SIH dispose d'un module de validation des identités, l'identité doit être validée par un personnel responsable identifié par l'établissement au vu d'une pièce d'identité validante.

4.4.6. Présentation du principe des attributs d'identités

Par ailleurs, des attributs complémentaires peuvent être adjoints à l'identité ou à un trait d'identité afin de préciser un contexte particulier lié au patient. On retient :

- **Douteux** : si l'on s'inquiète d'un risque d'erreur sur la personne (démence, coma, usurpation d'identité,...) ;

Attention, lors d'un doute fort, il est préférable de créer un doublon signalé à la cellule opérationnelle d'IV que d'engendrer une collision.

- **Imprécis** : lorsque l'information donnée peut être sujette à caution comme par exemple une date de naissance approchée, un nom trop long pour le SI.

4.5. Règles de saisie pour les cas particuliers (cf. Annexe 7)

4.5.1. Enregistrement de l'identité d'un patient incapable de décliner son identité

Ce cas particulier concerne les services hospitaliers susceptibles d'accueillir un patient en urgence : SMUR, service d'accueil des urgences, réanimation, maternité et centre de traitement des brûlés, ainsi que tout service accueillant des urgences directes (cardiologie, unité neuro-vasculaire...).

Les structures de santé doivent rédiger une procédure particulière décrivant l'enregistrement de l'identité d'un patient ne pouvant pas fournir son identité (inconscient, confus, ne parlant pas français ...), et ne possédant pas de document d'identité.

Les modalités de ces enregistrements sont laissées au choix des structures de santé selon les impératifs de leur SIH. Des exemples de règles sont donnés en Annexe 7.

Chaque établissement doit prévoir l'identification de ce type de patient (règle de saisie...). L'identité saisie doit être conservée jusqu'à l'obtention d'une pièce d'identité validante, indispensable à sa correction dans le système (conformément à la procédure de correction et de rapprochement d'identité dans le SIH), et ce même si le patient est transféré dans différents services.

4.5.2. Enregistrement de l'identité d'un patient souhaitant garder l'anonymat

Les structures de santé ont le choix de limiter la possibilité d'être accueillies de façon anonyme aux différents cas prévus par la loi (accouchement sous X, dopage, cure de désintoxication des toxicomanes) ou de permettre à tout patient qui le désire d'être accueilli de façon anonyme.

Dans tous les cas, la procédure d'accueil d'un patient souhaitant garder l'anonymat doit être écrite par la structure de santé et connue du personnel.

Selon la politique adoptée par les établissements, la demande d'anonymat devra être validée ou non par un responsable.

Lors de l'arrivée du patient, une identité fictive est choisie par le patient. La correspondance entre l'identité fictive et l'identité réelle doit être conservée par une personne le responsable sus nommé.

Si le patient ne souhaite pas une levée d'anonymat lors de sa sortie, il doit s'engager à régler tous les frais.

L'établissement prend des mesures pour s'assurer de l'unicité du dossier patient.

Lors de la levée de l'anonymat ...

Décrire ici les mesures permettant, lors de la levée de l'anonymat, de récupérer les données d'identité réelles du patient dans le système informatique.

Afin de favoriser la rédaction des procédures pour les structures de santé, il est donné en Annexe 7 un exemple des différentes modalités possibles de création de ces identités particulières.

4.5.3. Création de patients TEST

Les patients tests sont utilisés pour la validation et les jeux d'essais des logiciels interfacés avec le SIH (SIL par exemple, logiciel métier des urgences, de réanimation...). Leur création doit impérativement respecter une procédure écrite de la structure de santé.

Les patients tests doivent être parfaitement identifiables :

A titre d'exemple, la procédure peut intégrer les règles de saisie décrites ci-dessous :

- *Champ Nom : TEST+Nom complet de l'hôpital ;*
- *Champ Nom de naissance : à discrétion du testeur pour différencier le patient test ;*
- *Champ Prénom : à discrétion du testeur pour différencier le patient test ;*
- *Champ Sexe : M ou F selon les besoins du test ;*
- *Champ Date de naissance : à choisir selon les besoins du test.*

4.6. Le bracelet d'identification

Si la spécificité de la structure de santé le permet, la pose d'un bracelet d'identification doit être prévue dans toutes structures de santé **au moins** pour les patients non communicants (non francophone, confus, inconscient, dément...).

Dans la mesure du possible, il ne doit pas y avoir transcription manuelle de l'identité du patient sur le bracelet (source d'erreur). Il faudra privilégier les bracelets imprimés sur une imprimante dédiée à partir des données du SIH ou les étiquettes imprimées à partir du SIH et collées sur le bracelet.

Les procédures nécessaires doivent être rédigées et comprendre :

- la fiche d'information du patient ou de sa famille ;
- les éléments de traçabilité de la décision du patient et le support d'enregistrement (dossier papier, dossier de soin informatisé).

Dans chaque structure de santé, le comité d'éthique doit être consulté concernant l'utilisation d'un bracelet d'identification.

Décrire ici le circuit de création, pose et traçabilité du bracelet d'identification :

- *patients ou services concernés par la pose du bracelet ;*
- *service créateur du bracelet ;*
- *informations contenues dans le bracelet ;*
- *positionnement du bracelet : sur quel membre le positionner, qui le positionne, à quel moment ;*
- *modalités d'information du patient sur la pose et l'utilisation du bracelet d'identification ;*
- *utilisation du bracelet dans les services : qui, quand, pourquoi, comment ;*
- *conduite à tenir en cas de refus du patient de pose de bracelet.*

4.7. Identification des documents du dossier patient

Les structures de santé doivent veiller à ce que tous les documents paramétrés dans le SIH (courrier, compte rendu d'hospitalisation, compte rendu opératoire...) et destinés à être imprimés soient identifiés sur toutes les pages par le nom de naissance, le prénom, la date de naissance le sexe et l'IPP. Le nom d'usage peut également être mentionné. Pour cela, il peut être nécessaire de paramétrer l'impression automatique de ces informations en pied de page.

5. Modification et rapprochement d'identité

5.1. Modification d'identité

Au sein de l'établissement la modification d'identité n'est autorisée que pour les services suivants :

Décrire ici les services autorisés à modifier une identité patient :

- ...
- ...

NB : il est fortement recommandé qu'un seul service ait l'autorisation de modifier une identité patient. En règle générale, il s'agit du bureau des entrées ou de la cellule opérationnelle d'IdentitoVigilance.

Les modifications d'identité doivent être réalisées au vu d'une pièce d'identité validante conformément à la procédure du recueil de l'identité. Tout changement d'identité s'écartant de cette règle engage la responsabilité de son auteur.

Toute modification d'identité doit être diffusée par des moyens garantissant une traçabilité (messagerie interne, FEI, ...) aux utilisateurs.

Décrire ici les modalités de diffusion de la nouvelle identité du patient ainsi que la liste des destinataires de la modification d'identité :

- les laboratoires,
- la banque du sang,
- la pharmacie,
- le bloc opératoire,
- le SIM, DIM,
- les archives,
- l'ensemble des logiciels métiers récupérant l'identité patient,
- le service clinique concerné en cas d'hospitalisation du patient à la date de la modification.
- ...

Les établissements peuvent également mettre en place une procédure pour corriger l'identité du patient sur les documents (étiquette, bracelet....).

NB : les établissements doivent mettre en place des circuits de diffusion de l'information lors de modification d'identité et d'autant plus qu'ils disposent d'une banque du sang ou de logiciels tiers n'acceptant pas automatiquement les modifications d'identité réalisées dans le serveur d'identité.

5.2. Rapprochement dans le SIH

L'utilisation d'un logiciel ou d'un module d'IDV est recommandée.

Les rapprochements d'identité sont réalisés sous la responsabilité de *inscrire ici le service autorisé à rapprocher les identités (ex : bureau des entrées, DIM, dans le cadre de la COIH).*

Chaque structure de santé doit appliquer la procédure de rapprochement d'identité et de diffusion de l'information par des moyens garantissant une traçabilité (messagerie interne, FEI, ...) aux utilisateurs.

Décrire ici les modalités de diffusion de la nouvelle identité du patient ainsi que la liste des destinataires de la modification d'identité :

- les laboratoires,
- la banque du sang,

Insérer le logo de votre établissement

- *la pharmacie,*
- *le bloc opératoire,*
- *le SIM, DIM*
- *les archives,*
- *l'ensemble des logiciels métiers récupérant l'identité patient,*
- *le service clinique concerné en cas d'hospitalisation du patient à la date de la modification,*
- *...*

Les établissements peuvent également mettre en place une procédure pour corriger l'identité du patient sur les documents (étiquette, bracelet...).

Chaque structure de santé doit appliquer la procédure de rapprochement d'identité :

Décrire ici les modalités de rapprochement des identités patient :

- *Qui prend la décision,*
- *selon quels critères,*
- *quels sont les services qui doivent être informés,*
- *quelle traçabilité associer.*

5.3. Rapprochement dans les logiciels périphériques

Supprimer le paragraphe suivant s'il n'est pas nécessaire dans votre établissement c'est-à-dire si l'établissement dispose d'un serveur unique d'identité.

Les dossiers fusionnés dans le SIH, doivent également l'être dans les logiciels périphériques. Les droits de fusion dans les logiciels métiers doivent être définis par le chef de service en concertation avec la CIV.

6. Procédures au sein de l'établissement

Chaque structure de santé doit rédiger, tenir à jour et appliquer au minimum les procédures suivantes :

- Organisation de l'IdentitoVigilance au sein de l'établissement. Cette procédure, ou charte de fonctionnement, décrit les structures mises en place au niveau de l'établissement.
- Procédure de gestion et de contrôle qualité des bases d'identités des professionnels de santé comprenant la procédure de déclaration d'un nouvel agent au sein du SIH et la définition des droits d'accès (cette procédure intégrera la gestion des clôtures de compte).
- Procédure d'identification primaire à l'accueil du patient dans l'établissement.
- Procédure d'identification du patient dans un contexte d'urgence et hors heures ouvrables.
- Procédure de correction et de rapprochement d'identité (fusion) dans le SIH.
- Procédure de correction et de rapprochement d'identité (fusion) dans les logiciels périphériques si nécessaire.
- Procédure de recherche de patient dans la base.
- Procédure d'admission pour les patients à l'identité non connue.
- Procédure d'admission pour les patients souhaitant garder l'anonymat.
- Procédure d'identification secondaire du patient avant tout acte de soin.
- Procédure de gestion et de contrôle qualité des bases d'identités patients.
- Procédure dégradée de fonctionnement permettant l'identification primaire et secondaire lors de panne du système d'information hospitalier.
- Procédures liées à l'utilisation d'un bracelet d'identification (si pertinent selon le type d'établissement).
- Procédure de gestion des identités dans les logiciels au cœur du processus de soin non ou incomplètement interfacés.

Lister ici les procédures de l'établissement que vous avez élaborées ainsi que les lieux où celles-ci sont accessibles.

7. La formation à l'IdentitoVigilance

7.1. Formation du personnel

Décrire ici les modalités de formation du personnel à l'IdentitoVigilance que vous envisagez ou que vous mettez en œuvre.

La formation et la sensibilisation du personnel qu'il soit administratif ou technique, médical ou paramédical, doivent être prévues par structure de santé et prendre en compte tous les aspects de l'IdentitoVigilance (identification primaire, secondaire, bracelet d'identification...). La formation doit concerner tous les personnels amenés à prendre en charge un patient. Cette formation doit être tracée.

7.2. Formation du public

Les patients et les accompagnants doivent être sensibilisés à l'IdentitoVigilance par voie d'affichage et au travers du livret d'accueil.

8. Sécurité, confidentialité, traçabilité

Dans le cadre de la certification V2014, les indicateurs de pré-requis du programme « Hôpital Numérique », s'imposent à tous établissements de santé. Une partie de ces indicateurs décline notamment les attendus en termes de fiabilité, de confidentialité, de sécurité et de traçabilité du système d'information.

Une charte informatique formalisant les règles d'accès et d'usage du système d'information, et en particulier pour les applications gérant des données de santé à caractère personnel, est élaborée au sein de l'établissement.

Elle est diffusée au personnel et aux nouveaux arrivants.

8.1. Sécurité

Les conditions d'accès au système d'information répondent à la politique de sécurité définie au sein de la structure.

8.1.1. Les droits d'identification des patients et de modification d'identité (annexe 5)

Dans les structures de santé, les droits de création et modification d'identité dans le SIH (domaine d'identification D1) sont réservés au personnel désignés par le directeur de l'établissement sur proposition de la cellule décisionnaire d'IdentitoVigilance de l'établissement.

Les droits d'identification dans les logiciels métiers sont définis par l'établissement en cohérence avec sa politique de sécurité et en concertation avec la cellule décisionnaire d'IdentitoVigilance.

Ces droits doivent être tracés dans un document qualité adapté (instruction, enregistrement...).

8.1.2. Les droits de rapprochement et de fusion

Dans le SIH, les droits de fusion ne doivent être attribués qu'aux personnels du SIM / DIM et éventuellement à des personnels des services. Ces derniers sont identifiés et nommés après avis de la cellule décisionnaire. Ils sont formés à l'IdentitoVigilance.

La structure de santé prend les dispositions nécessaires pour organiser la réalisation des fusions dans les logiciels tiers lorsque la fusion n'est pas intégrée automatiquement. Les procédures de fusion dans les logiciels tiers sont formalisées.

8.1.3. Traçabilité autour de l'identité

Lorsque le référentiel unique d'identité ne permet pas la traçabilité des modifications apportées à l'identification d'un patient, ces modifications sont consignées et communiquées à la CIV de la structure de santé.

Le cas échéant, cette exigence s'applique également aux logiciels métiers qui n'intègrent pas ce niveau de traçabilité.

8.2. Confidentialité

Les matrices d'habilitations d'accès aux applications au cœur du processus de soins sont déclinées localement à partir des recommandations du cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CI-SIS) produit par l'ASIP Santé.

Elles sont validées par l'AGI de l'établissement.

Les personnels des établissements ayant accès aux données du SIH sont soumis à une obligation de confidentialité (secret professionnel).

L'accès aux dossiers des patients sous forme numérique (réseau et logiciels), ou sous forme physique (dossier "papier"), est strictement limité aux patients pour lesquels le professionnel contribue à assurer les soins (prise en charge et continuité des soins diagnostiques et/ou thérapeutiques).

En dehors de ce cadre strict, la consultation d'un dossier de patient est une atteinte au respect du secret médical et constitue une faute professionnelle.

Le respect du secret professionnel peut être vérifié par demande auprès du directeur de l'établissement, par tous les moyens techniques disponibles.

Le SIH doit faire l'objet d'une déclaration à la CNIL.

8.3. Référents logiciels métier

Les structures de santé doivent s'assurer qu'un référent est nommé pour chaque logiciel métier. Ce référent est en mesure de répondre aux interrogations de la cellule décisionnaire d'IdentitoVigilance en matière d'IdentitoVigilance.

8.4. Formation du personnel

Le personnel de la structure de santé doit être formé à l'utilisation des outils informatiques nécessaires à son activité et notamment à ceux gérant des données de santé à caractère personnel.

Cette formation est dispensée par :

à compléter (Ex : les référents informatiques / en IdentitoVigilance des établissements (bureau des entrées, COIH, DIM...)).

Décrire ici les modalités de formation du personnel, notamment des nouveaux entrants et du personnel intérimaire.

NB : Il est nécessaire de s'assurer que les personnels maîtrisent les applicatifs qu'ils utilisent et connaissent l'impact des erreurs (évaluations).

Décrire ici les modalités d'évaluation du niveau de maîtrise des logiciels par les personnels concernés.

9. Indicateurs qualité (cf. Annexe 3)

Les indicateurs qualité ont pour but d'évaluer la performance du système.

Deux types d'indicateurs doivent être suivis :

- Les indicateurs portant sur l'identification primaire des patients ;
- Les indicateurs portant sur l'identification secondaire des patients.

Une liste non exhaustive d'indicateurs est proposée ici :

- Taux de doublons créés,
- Taux de doublons de flux,
- Nombre de fusion,
- Taux de modification d'identité,
- Le pourcentage de vérification sur une pièce d'identité des coordonnées du patient,
- Nombre de collisions détectées,
- Taux de FSEI mineures relatives à l'identification primaire des patients,
- Taux de FSEI majeures relatives à l'identification primaire des patients,
- Taux de FSEI critiques relatives à l'identification primaire des patients,
- Taux de FSEI mineures relatives à l'identification secondaire des patients,
- Taux de FSEI majeures relatives à l'identification secondaire des patients,
- Taux de FSEI critiques relatives à l'identification secondaire des patients,
- Nombre d'usurpation d'identité,
- Taux de formation du personnel.

9.1. Indicateurs d'identification primaire portant sur la qualité de l'identification

Les indicateurs indispensables à mettre en place sont identifiés en vert, les facultatifs sont en noir. Chacun est libre de rajouter les indicateurs.

- **Le nombre de doublons créés par unité de temps (CREADOUBLON)**

Le nombre de doublons créés doit être suivi au moins mensuellement et si possible de façon hebdomadaire.

Selon les établissements, cette périodicité peut être modulée en fonction du nombre d'entrées par jour.

Cet indicateur permet d'évaluer la bonne application des procédures et la qualité de l'identification. Plus cet indicateur est faible, meilleur est le niveau de qualité du système d'identification.

Selon les possibilités des établissements il peut se décliner selon les services responsables de la création des identités des patients (Bureau des entrées, urgences) ou par tranche horaire (nuit/jour).

L'établissement établit les définitions internes de doublons étant dépistés et dénombrés dans le SIH.

- **Doublons de flux, doublons de stock**
 - **Les doublons de stock (DOUBLONSTOCK)**

Ce sont les doublons présents dans l'ensemble de la base.

Plus la base est ancienne, plus le taux de doublons de stock est important. Le suivi de cet indicateur peut être source de démotivation pour les acteurs.

Les résultats obtenus par le suivi de cet indicateur doivent être rapportés à l'ancienneté de la base.

- **Les doublons de flux (DOUBLONFLUX)**

Il s'agit des doublons dépistés lors d'un passage du patient dans l'établissement de santé. Le suivi des doublons de flux est un indicateur plus pertinent que le suivi des doublons de stocks.

- **Le taux de fusion**

Le mode de calcul proposé est : nombre de fusions / nombre total d'identités créées sur la période étudiée.

Cet indicateur permet d'évaluer la performance particulière des services Recherche et Création.

Pour les établissements le souhaitant et disposant des outils nécessaires, le suivi du taux de fusion peut être affiné en séparant les fusions précoces (FUSPREC) et les fusions tardives (FUSTARD).

- **Le taux de modification d'identité**

Les identités peuvent être modifiées soit à la suite d'une erreur de saisie, soit à la suite d'un changement d'état civil. Ce taux ne reflète donc pas uniquement la qualité de l'identification. Il est donc important de recueillir également le motif du changement d'identité.

L'indicateur proposé ici est le nombre de modification d'identité (par motif de changement) réalisé par les services compétents de l'établissement / nombre de passages.

- **Le pourcentage de vérification sur une pièce d'identité des coordonnées du patient.**

- **Le taux de collisions détectées**

Cet indicateur témoigne de la qualité de l'identification primaire des patients. L'indicateur proposé ici est le nombre de collisions/nombre d'identités créées ou utilisées durant la période de recueil.

9.2. Suivi et analyse des FSEI

Parmi les indicateurs d'identification secondaires, l'analyse des **fiches de signalement des événements indésirables relatifs à l'IdentitoVigilance (FSEI ou FEI selon les établissements)** doit être réalisée dans toutes les structures de santé qui disposent d'une cellule qualité gestion des risques. Cette analyse pourra se faire sous la forme de revue de morbi-mortalité (RMM) pour les événements graves et de retour d'expérience (REX) pour les événements moins graves.

La HAS propose une grille de criticité à 5 niveaux : Mineure, significative, majeure, critique, catastrophique. Pour simplifier le suivi des indicateurs, il est proposé de classer les FSEI doivent être classées en critiques (critique + catastrophiques), majeures (majeures) et mineures (mineures + significatives).

Le suivi des FSEI critiques et majeures liées à l'identification secondaire du patient est indispensable. Ce suivi fait partie de la gestion des risques dans l'établissement.

9.3. Indicateurs de formation du personnel

La formation et la sensibilisation du personnel sont des volets importants de l'IdentitoVigilance. Aussi, il est important de recueillir les indicateurs de formation.

L'indicateur est calculé de la façon suivante :

Nombre de personnels formés et par an (par catégorie professionnelle) / Nombre de professionnels (par catégorie professionnelle) pour tous les personnels participant à la prise en charge du patient.

9.4. Audits et enquêtes de satisfaction (cf. Annexe 6)

Les cellules décisionnaires d'IV mettent en œuvre des audits afin d'évaluer les pratiques en termes d'IdentitoVigilance dans leur structure. Ces audits font appel à une méthodologie commune aux établissements de la région, permettant ainsi de réaliser du parangonnage. On peut citer en exemple les audits de port du bracelet pour les établissements concernés, à réalisés une fois par an au minimum, dont les résultats sont transmis et analysés.

9.5. Analyse des résultats

Les résultats des indicateurs définis et recueillis par les Cellules décisionnaires d'IdentitoVigilance seront recueillis annuellement par le biais de la plateforme de recueil des audits du GRIVES dans un objectif de parangonnage (benchmarking).

10. Respect des droits du patient et de la confidentialité des informations médicales

Les structures de santé respectent les principes des chartes des patients hospitalisés. Ces chartes rappellent les droits du patient qui sont notamment :

- d'être informé en cas de traitement automatisé des informations le concernant ;
- d'avoir accès aux informations médicales le concernant ;
- de demander la rectification des données erronées ou périmées ;
- d'avoir la garantie de la confidentialité des informations le concernant ;
- ...

Une attention toute particulière doit être portée à la communication réalisée auprès des patients (affichage, livret d'accueil...), qui doit leur permettre de comprendre l'importance, pour leur propre sécurité, de l'IdentitoVigilance.

Par ailleurs, les patients doivent être informés au plus tôt des documents qui leur seront réclamés tout au long de leurs prises en charge (pièce d'identité validante notamment).

Insérer le logo de votre établissement

ANNEXES

Annexe 1. Abréviations

- **AGI** : Autorité de Gestion des Identités
- **ANAP** : Agence Nationale d'Appui à la Performance
- **ARS** : Agence Régionale de Santé
- **ASIP** : Agence des Systèmes d'Information Partagés (ASIP santé)
- **BE** : Bureau des Entrées
- **CARSAT** : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé du Travail Sud-Est
- **CCVGR** : Comité de Coordination des Vigilances et de la Gestion, des Risques
- **CIV** : Comité d'IdentitoVigilance ou Cellule d'IdentitoVigilance selon votre établissement
- **CNI** : Carte Nationale d'Identité
- **COVIRIS** : Comité ou Coordination des Vigilances et des Risques
- **DIM** : Département d'Information Médicale
- **DMP** : Dossier Médical Personnel
- **FSEI** : Fiche de Signalements des Evénements Indésirables
- **GMSIH** : Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier
- **GRIVES** : Groupement Régional d'IdentitoVigilance des Etablissements de Santé
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **IPP** : Identifiant Permanent Patient
- **IEP** : Identifiant d'Episode Patient
- **INS-C** : Identifiant National de Santé Calculé
- **INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- **MIM** : Médecin d'Information Médicale
- **NIR** : Numéro d'Inscription au Répertoire (INSEE)
- **SAU** : Service d'Accueil des Urgences
- **SIH** : Système d'Information Hospitalier
- **SIL** : Système d'Information de Laboratoire
- **TIM** : Technicien d'Information Médicale

Annexe 2. Bibliographie

✓ Webographie

- **AFNOR** (Association Française de NORmalisation) : afnor.fr
- **ANAP** (Appui santé et médico social) : Accompagnement à la rédaction de la politique d'identification des établissements de santé : anap.fr
- **ANSSI** (Agence Nationale de la Sécurité des Systèmes d'Information) : ss.gouv.fr
- **ASIP** (Agence des systèmes d'information partagés de santé) : esante.gouv.fr
- **CNIL** (Commission Nationale de l'Information et des Libertés) : cnil.fr

✓ Décrets et lois

- **Code Pénal, Article 226-13** Modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2 000 - art. 3 (V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002
"La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende"
- **Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télé médecine**

✓ Publications

- **Collège national de Biochimie des Hôpitaux** Guide pratique de l'identitovigilance (2010)
- **GMSIH**. Identification du patient. Guide pour l'élaboration des politiques d'identification et de rapprochement. Novembre 2002 74 pages
- **GMSIH**. Identification du patient : synthèse de l'étude avril 2002
- **HAS** Manuel de certification V2010 révisé 2011 (Référence 5/le système d'information/critères 5.a (système d'information), 5.b (sécurité du système d'information, Référence 15/l'identification du patient (PEP), identification du patient à toutes les étapes de la prise de sa prise en charge/ critère 15.a)
- **HAS** Amélioration des pratiques et sécurité des soins, la sécurité des patients. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en ES. Des concepts à la pratique Guide de gestion des risques. Mars 2012
- **Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- **Loi 2002-304 du 4 mars 2002** relative au nom de famille

Insérer le logo de votre établissement

■ **WHO** Collaborating centre for patient safety solutions. Patient identification, patient safety solution volume 1, solution 2, mai 2007

■ **Guide des indicateurs de pré requis du programme HN :**
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/DGOS_Guide_d_indicateurs_Programme_Hopital_Numerique_-_avril_2012-2.pdf

■ **Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé (PGSSI) :**
<http://esante.gouv.fr/services/referentiels/securite/pgssi>

■ **Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Information de Santé (CI-SIS) :**
<http://esante.gouv.fr/services/referentiels/referentiels-d-interoperabilite/cadre-d-interoperabilite-des-systemes-d-inform>

✓ **Instructions**

■ **Instruction DGOS/MSIOS/2013/281 du 7 juin 2013** relative à l'utilisation du nom de famille (ou nom de naissance) pour l'identification des patients dans les systèmes d'information des structures de soins

■ **Instruction DGOS/PF/MSIOS/2013/225 du 04 juin 2013 : Programme Hôpital Numérique (HN)**

Annexe 3. Les indicateurs

Annexe 3.1 - Suivi et analyse des FSEI

Annexe 3.1.1 - Classement en fonction de la gravité des FSEI d'IdentitoVigilance

Ce document décrit le mode de classement des FSEI d'IdentitoVigilance en fonction de leur gravité, c'est à dire de leurs conséquences potentielles sur la prise en charge du patient.

Les FSEI d'IdentitoVigilance sont classées en six catégories.

La gravité est estimée selon la grille proposée par la HAS pour la cotation des événements indésirables associés aux soins. (Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé, des concepts à la pratique HAS Mars 2012).

Code catégorie	Catégorie	Type de FSEI	Commentaire	Niveau gravité effective	Niveau gravité potentielle
	FSEI Administrative	FSEI relatives à l'identification primaire du patient (création d'un IPP ou attribution d'un IPP à un patient)			
ADM	FSEI Administratives mineures	<i>Transgression</i> = non respect des règles de saisie (forme canonique) <i>Non respect des procédures d'accueil administratif</i> du patient de l'établissement: Exemples : Identité provisoire non mentionné alors que le patient n'a pas présenté de pièce d'identité Faute d'orthographe dans la saisie du nom ou du prénom Inversion de deux chiffres dans la date de naissance	Mesure barrière efficace pas de conséquence sur le patient Pas de retard à la prise en charge	1	2
ADMMAJ	FSEI administratives majeures	<i>Collision</i> <i>Usurpation d'identité.</i> <i>Création de doublon</i>	Pas de conséquence critique sur le patient mais les mesures barrière peuvent être prises en défaut Retard à la prise en charge médicale du patient...	1	4
ADMCRIT	FSEI administratives critiques	Toutes FSEI de type administratives ayant eu des conséquences graves sur le patient (guide méthodologique pour la gestion des risques en établissements de santé (HAS mars 2012)	Conséquence sur le patient : mortalité, morbidité, augmentation de la durée de séjour	4 à 5	4 à 5
	FSEI techniques ou secondaires	FSEI relatives à l'identification secondaire d'un patient (avant un geste ou un acte)			

Code catégorie	Catégorie	Type de FSEI	Commentaire	Niveau gravité effective	Niveau gravité potentielle
SECONDMI N	FSEI secondaires mineures	<p><i>Tout évènement d'IV survenu au cours de la prise en charge médicale ou paramédicale du patient n'ayant pas entraîné de conséquence avérée pour le patient ni de retard à la prise en charge</i></p> <p>Exemples :</p> <p><u>Prélèvement non identifié :</u> Ce type de FSEI est classé dans la catégorie mineure, car les laboratoires sont particulièrement sensibles à l'identification des prélèvements et un prélèvement non identifié ne sera jamais traité, donc les résultats ne seront pas rendus. Si l'infirmier ayant effectué la ponction vient étiqueter le prélèvement et signer la prescription), il n'y a pas de retard à la prise en charge et pas de conséquence patient car pas de nouvel acte réalisé.</p> <p><u>Démographie incomplète (manque sexe, ddn, prénom...) mais concordante entre les différents documents</u> En particulier lors du fonctionnement en mode dégradé. Si la démographie est concordante entre la prescription et le prélèvement mais incomplète, des informations peuvent être obtenues auprès du préleveur ou du prescripteur.</p>	Mesure barrière efficace pas de conséquence sur le patient, ni retard à la prise en charge	1	2 à 3
SECONDM AJ	FSEI secondaires majeures	<p><i>Tout évènement d'IV survenu au cours de la prise en charge médicale ou paramédicale du patient ayant entraîné des conséquences mineure (retard à la prise en charge, nouveau prélèvement biologique) Ou à risque fort de conséquence potentielle</i></p> <p>Exemples :</p> <p><u>Identité discordante entre le prélèvement et la prescription.</u> Le technicien de laboratoire est susceptible de laisser passer l'erreur lors de la vérification et de l'étiquetage car une étiquette est présente sur le prélèvement, en particulier si les noms sont proches, des résultats peuvent alors être rendus et entraîner une mauvaise prise en charge du patient.</p> <p><u>Prélèvement non identifié avec reprélèvement du patient</u> <u>Les prélèvements ont été inversés entre deux patients ou une fausse identité est suspectée</u> Dans le cas des bilans biologiques, l'erreur peut parfois être mise en évidence lors de la phase pré analytique (si deux bilans arrivent en même temps ou dans un intervalle de temps très court pour le même patient différent (dans ce cas, les examens ne seront pas effectués et les patients prélevés à nouveau MAIS, la plupart du temps, ce type d'erreur n'est dépistée qu'à la phase post analytique (au vu des résultats qui ne sont pas concordants avec les antécédents des patients) et les résultats sont déjà disponibles sur le SIH. D'autre part, s'il s'agit d'un bilan initial, l'erreur d'identification peut conduire à un diagnostic et donc à une prise en charge erronée, l'erreur pouvant alors être mise en évidence lors d'un bilan ultérieur devant la discordance entre les résultats.</p> <p><u>Inversion de dossiers ou de documents</u> Des décisions erronées peuvent être prises engendrant un risque pour le patient.</p>		2	4 à 5
		<p><u>Erreur de patient</u> Le patient qui reçoit l'acte ou le soin n'est pas le patient auquel l'acte était destiné : administration médicamenteuse, examen d'imagerie, examen clinique SANS de conséquence sur le patient</p>		4	4
SECONDCRI T	FSEI secondaires critiques	<p>Toutes FSEI liées à l'identification secondaire ayant eu des conséquences graves sur le patient Erreur de patient, pour un acte de chirurgie.</p> <p>Erreur de site ou de côté lors de la réalisation d'un acte invasif</p>	Conséquence sur le patient : mortalité, morbidité, augmentation de la durée de séjour	4 à 5	4 à 5

Remarques sur la comptabilisation des FSEI Administratives :

- Les logiciels d'IdentitoVigilance détectent toutes les anomalies (créations de doublons, transgression...) mais ne les hiérarchisent pas en catégories d'évènements indésirables ;
- Les logiciels de gestion de FSEI ne comptabilisent que les anomalies qui ont donné lieu à un signalement mais ils les hiérarchisent.

=> Pour les Établissements disposant d'un logiciel IV, il est proposé de :

- pour les évènements de catégories G2 à G5 : décompter dans les FSEI (a priori leur gravité fait qu'ils ont été bien déclarés) ;
- pour les évènements de catégorie G1 : décompter tous les évènements dans le logiciel IV puis soustraire la somme G2 à G5 obtenue dans les FSEI.

=> Pour les Établissements ne disposant d'un logiciel IV, il est prévisible que la catégorie G1 sera sous-déclarée.

Annexe 3.1.2 Taux de FSEI mineures relatives à l'identification primaire des patients

GRIVES	Carte d'identité de l'indicateur	FSEI ADMINISTRATIVES MINEURES 1			
IDV : Taux de FSEI MINEURES relatives à l'identification primaire des patients rapporté au nombre de passages					Code : ADMMIN-1
Date mise en place initiale		Rédacteur		Version	1
Date modification		Rédacteur	Nature de la modification	Version	
Date d'arrêt		Rédacteur	Motif		

Construction – Mode de calcul			
Finalité de l'indicateur		Echantillonnage :	
1. Mesurer la qualité de l'identification primaire des patients 2. Evaluer les besoins en formation et l'efficacité des formations		Totalité des FSEI Niveau de mesure : <input checked="" type="checkbox"/> Etablissement <input type="checkbox"/> Service	
Numérateur	Nombre de FSEI administratives mineures (cf. classification des FSEI)	Source des données et responsable	Tableau de suivi des FSEI d'IDV
Dénominateur	Nombre de passages (hospitalisations + CS)	Source des données et responsable	DIM Requêtes BO ou autre logiciel de requête selon les ES
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre	Recueil : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input checked="" type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Autre :		
Responsable(s) du recueil	Référent local d'IDV	Responsable de l'analyse	Référent local d'IDV

Interprétation et mode de communication			
Interprétation des résultats	La dégradation de l'indicateur doit amener à organiser des séances de formations ciblées sur l'accueil d'un patient dans le SIH.		
Biais possible	Cet indicateur est basé sur les déclarations de FSEI. Nécessite une implication du personnel et une déclaration des événements indésirables détectés		
Objectif chiffré	< 0,1% des passages	Référence(s) existante(s) : <input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)	
Seuil d'alerte	> 0,2% des passages		
Mode(s) de communication	Réunion d'IDV (diaporama) Tableau de bord IdentitoVigilance Séance de sensibilisation du personnel	Destinataire (s)	Direction de l'établissement GRIVES AGI Personnels de l'établissement

Lieu d'archivage des résultats :	
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité :	Annuelle
Abréviation(s) utilisée(s) :	IDV : IdentitoVigilance FSEI : Fiche de Signalement des Evénements Indésirables CS : Consultation

Insérer le logo de votre établissement

GRIVES	Carte d'identité de l'indicateur	FSEI ADMINISTRATIVES MINEURES 2			
IDV : Taux de FSEI MINEURES relatives à l'identification primaire des patients rapporté au nombre d'hospitalisations					Code : ADMIN-2
Date mise en place initiale		Rédacteur			Version 1
Date modification		Rédacteur	Nature de la modification		Version
Date d'arrêt		Rédacteur	Motif		

Construction – Mode de calcul			
Finalité de l'indicateur		Echantillonnage :	
1. Mesurer la qualité de l'identification primaire des patients 2. Evaluer les besoins en formation et l'efficacité des formations		Totalité des FSEI Niveau de mesure : <input checked="" type="checkbox"/> Etablissement <input type="checkbox"/> Service	
Numérateur	Nombre de FSEI administratives mineures (cf. classification des FSEI)	Source des données et responsable	Tableau de suivi des FSEI d'IDV
Dénominateur	Nombre d'hospitalisations	Source des données et responsable	DIM Requêtes BO ou autre logiciel de requête selon les ES
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre		Recueil : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input checked="" type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Autre :	
Responsable(s) du recueil	Référent local d'IDV	Responsable de l'analyse	Référent local d'IDV

Interprétation et mode de communication			
Interprétation des résultats	La dégradation de l'indicateur doit amener à organiser des séances de formations ciblées sur l'accueil d'un patient dans le SIH.		
Biais possible	Cet indicateur est basé sur les déclarations de FSEI. Nécessite une implication du personnel et une déclaration des événements indésirables détectés		
Objectif chiffré	< 1% hospitalisations	Référence(s) existante(s) : <input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)	
Seuil d'alerte	> 2% hospitalisations		
Mode(s) de communication	Réunion d'IDV (diaporama) Tableau de bord IdentitoVigilance Séance de sensibilisation du personnel	Destinataire (s)	Direction de l'établissement GRIVES AGI Personnels de l'établissement

Lieu d'archivage des résultats :	
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité :	Annuelle
Abréviation(s) utilisée(s) :	IDV : IdentitoVigilance FSEI : Fiche de Signalement des Evénements Indésirables

Insérer le logo de votre établissement

Annexe 3.1.3 - Nombre de FSEI majeures relatives à l'identification primaire des patients

GRIVES	Carte d'identité de l'indicateur	FSEI ADMINISTRATIVES MAJEURES 1				
		IDV : Taux de FSEI MAJEURES relatives à l'identification primaire des patients rapporté au nombre de passages				
Code : ADMMAJ-1						
Date mise en place initiale		Rédacteur		Version	1	
Date modification		Rédacteur		Nature de la modification	Version	
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif		

Construction – Mode de calcul					
Finalité de l'indicateur		Echantillonnage :		Niveau de mesure :	
1. Mesurer la qualité de l'identification primaire des patients 2. Evaluer les besoins en formation et l'efficacité des formations		Totalité des FSEI		<input checked="" type="checkbox"/> Etablissement <input type="checkbox"/> Service	
Numérateur	Nombre de FSEI administratives majeures (cf. classification des FSEI)	Source des données et responsable	Tableau de suivi des FSEI d'IDV		
Dénominateur	Nombre de passages (hospitalisation + CS)	Source des données et responsable	DIM Requêtes BO		
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre	Recueil : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input checked="" type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Autre :				
Responsable(s) du recueil	Référent local d'IDV	Responsable de l'analyse	Référent local d'IDV		

Interprétation et mode de communication			
Interprétation des résultats	La dégradation de l'indicateur doit amener à organiser des séances de formations ciblées sur l'accueil d'un patient dans le SIH		
Biais possible	Cet indicateur est basé sur les déclarations de FSEI. Nécessite une implication du personnel et une déclaration des événements indésirables détectés		
Objectif chiffré	<1p10 000 passages	Référence(s) existante(s) :	
Seuil d'alerte	> 2p10 000 passages	<input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)	
Mode(s) de communication	Réunion d'IDV (diaporama) Tableau de bord IdentitoVigilance Séance de sensibilisation du personnel	Destinataire (s)	Direction de l'établissement GRIVES AGI Personnels de l'établissement

Lieu d'archivage des résultats :	
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité :	Annuelle
Abréviation(s) utilisée(s) :	IDV : IdentitoVigilance FSEI : Fiche de Signalement des Evénements Indésirables CS : Consultation

Insérer le logo de votre établissement

	Carte d'identité de l'indicateur		FSEI ADMINISTRATIVES MAJEURES 2			
	IDV : Taux de FSEI MAJEURES relatives à l'identification primaire des patients rapporté au nombre d'hospitalisations					Code : ADMMAJ-2
			Rédacteur	Version 1		
	Date modification		Rédacteur	Nature de la modification		Version
Date d'arrêt		Rédacteur	Motif			


Construction – Mode de calcul					
Finalité de l'indicateur		Echantillonnage :		Niveau de mesure : <input checked="" type="checkbox"/> Etablissement <input type="checkbox"/> Service	
1. Mesurer la qualité de l'identification primaire des patients 2. Evaluer les besoins en formation et l'efficacité des formations		Totalité des FSEI			
Numérateur	Nombre de FSEI administratives majeures (cf. classification des FSEI)	Source des données et responsable		Tableau de suivi des FSEI d'IDV	
Dénominateur	Nombre d'hospitalisations	Source des données et responsable		DIM Requêtes BO ou autre logiciel de requête selon les ES	
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre		Recueil : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input checked="" type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Autre :			
Responsable(s) du recueil		Référent local d'IDV	Responsable de l'analyse		Référent local d'IDV

Interprétation et mode de communication			
Interprétation des résultats	La dégradation de l'indicateur doit amener à organiser des séances de formations ciblées sur l'accueil d'un patient dans le SIH		
Biais possible	Cet indicateur est basé sur les déclarations de FSEI. Nécessite une implication du personnel et une déclaration des événements indésirables détectés		
Objectif chiffré	<1p1000 hospitalisations	Référence(s) existante(s) : <input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)	
Seuil d'alerte	> 2p1000 hospitalisations		
Mode(s) de communication	Réunion d'IDV (diaporama) Tableau de bord IdentitoVigilance Séance de sensibilisation du personnel	Destinataire (s)	Direction de l'établissement GRIVES AGI Personnels de l'établissement

Lieu d'archivage des résultats :	
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité :	Annuelle
Abréviation(s) utilisée(s) :	IDV : IdentitoVigilance FSEI : Fiche de Signalement des Evénements Indésirables

Insérer le logo de votre établissement

Annexe 3.1.4 - Taux de FSEI critiques relatives à l'identification primaire des patients


		Carte d'identité de l'indicateur		FSEI ADMINISTRATIVES CRITIQUES 1			
IDV : Taux de FSEI critiques relatives à l'identification primaire des patients rapporté au nombre de passages						Code : ADMCRIT-1	
Date mise en place initiale	Indiquer la date de mise en place de l'indicateur	Rédacteur	Indiquer le rédacteur de la CI de l'indicateur			Version	1
Date modification		Rédacteur		Nature de la modification		Version	
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif			

Construction – Mode de calcul			
Finalité de l'indicateur		Echantillonnage :	
1. Mesurer la qualité de l'identification primaire des patients 2. Evaluer les besoins en formation et l'efficacité des formations		Totalité des FSEI	
		Niveau de mesure : <input checked="" type="checkbox"/> Etablissement <input type="checkbox"/> Service	
Numérateur	Nombre de FSEI administratives critiques (cf. classification des FSEI)	Source des données et responsable	Tableau de suivi des FSEI d'IDV
Dénominateur	Nombre de passages (hospitalisation + CS)	Source des données et responsable	DIM Requêtes BO ou autre logiciel de requête
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre		Recueil : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input checked="" type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Autre :	
Responsable(s) du recueil	Référent local d'IDV	Responsable de l'analyse	Référent local d'IDV

Interprétation et mode de communication			
Interprétation des résultats	La dégradation de l'indicateur doit amener à organiser des séances de formations ciblées sur l'accueil d'un patient dans le SIH		
Biais possible	Cet indicateur est basé sur les déclarations de FSEI. Nécessite une implication du personnel et une déclaration des événements indésirables détectés		
Objectif chiffré	<1p100 000 passages	Référence(s) existante(s) : <input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)	
Seuil d'alerte	> 2p100 000 passages		
Mode(s) de communication	Réunion d'IDV (diaporama) Tableau de bord IdentitoVigilance Séance de sensibilisation du personnel	Destinataire	Direction de l'établissement GRIVES AGI Personnels de l'établissement

Lieu d'archivage des résultats :	
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité :	Annuelle
Abréviation(s) utilisée(s) :	IDV : IdentitoVigilance FSEI : Fiche de Signalement des Evénements Indésirables CS : Consultation

Insérer le logo de votre établissement

	Carte d'identité de l'indicateur		FSEI ADMINISTRATIVES CRITIQUES 2			
	IDV : Taux de FSEI critiques relatives à l'identification primaire des patients rapporté au nombre d'hospitalisations					Code : ADMCRIT-2
	Date mise en place initiale		Rédacteur			Version 1
	Date modification		Rédacteur		Nature de la modification	Version
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif		

Construction – Mode de calcul			
Finalité de l'indicateur		Echantillonnage :	
1. Mesurer la qualité de l'identification primaire des patients 2. Evaluer les besoins en formation et l'efficacité des formations		Totalité des FSEI	
		Niveau de mesure : <input checked="" type="checkbox"/> Etablissement <input type="checkbox"/> Service	
Numérateur	Nombre de FSEI administratives critiques (cf. classification des FSEI)	Source des données et responsable	Tableau de suivi des FSEI d'IDV
Dénominateur	Nombre d'hospitalisations	Source des données et responsable	DIM Requêtes BO ou autre logiciel de requête selon les ES
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre	Recueil : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input checked="" type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Autre :		
Responsable(s) du recueil	Référent local d'IDV	Responsable de l'analyse	Référent local d'IDV

Interprétation et mode de communication			
Interprétation des résultats	La dégradation de l'indicateur doit amener à organiser des séances de formations ciblées sur l'accueil d'un patient dans le SIH		
Biais possible	Cet indicateur est basé sur les déclarations de FSEI. Nécessite une implication du personnel et une déclaration des événements indésirables détectés		
Objectif chiffré	<1p10 000 hospitalisations	Référence(s) existante(s) :	
Seuil d'alerte	> 2p10 000 hospitalisations	<input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)	
Mode(s) de communication	Réunion d'IDV (diaporama) Tableau de bord IdentitoVigilance Séance de sensibilisation du personnel	Destinataire (s)	Direction de l'établissement GRIVES AGI Personnels de l'établissement

Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité :	Annuelle
Abréviation(s) utilisée(s) :	IDV : IdentitoVigilance FSEI : Fiche de Signalement des Evénements Indésirables

Insérer le logo de votre établissement

Annexe 3.1.5 - Taux de FSEI non majeures et non critiques relatives à l'identification secondaire des patients

GRIVES	Carte d'identité de l'indicateur	FSEI SECONDAIRE			
IDV : Taux de FSEI non majeures et non critiques relatives à l'identification secondaire des patients					Code : SECOND
Date mise en place initiale		Rédacteur			Version 1
Date modification		Rédacteur		Nature de la modification	Version
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif	

Construction – Mode de calcul			
Finalité de l'indicateur		Echantillonnage :	
1. Mesurer la qualité de l'identification du patient à toutes les étapes du soin 2. Evaluer les besoins en formation des soignants et l'efficacité des formations		Totalité des FSEI Niveau de mesure : <input checked="" type="checkbox"/> Etablissement <input type="checkbox"/> Service	
Numérateur	Nombre de FSEI secondaires (cf. classification des FSEI)	Source des données et responsable	Tableau de suivi des FSEI d'IDV
Dénominateur	Nombre de journées d'hospitalisation + nombre de CS aux urgences	Source des données et responsable	DIM Requêtes BO ou autre logiciel de requête selon les ES
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre		Recueil : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input checked="" type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Autre :	
Responsable(s) du recueil	Référent local d'IDV	Responsable de l'analyse	Référent local d'IDV

Interprétation et mode de communication			
Interprétation des résultats	La dégradation de l'indicateur doit amener à organiser de nouvelles séances ciblées sur la problématique de formation du personnel..		
Biais possible	Cet indicateur est basé sur les déclarations de FSEI. Nécessite une implication du personnel et une déclaration des événements indésirables détectés		
Objectif chiffré	< 0,3 % journées d'hospitalisations + passages SU	Référence(s) existante(s) : <input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)	
Seuil d'alerte	> 0,5% journées d'hospitalisations + passages SU		
Mode(s) de communication	Réunion d'IDV (diaporama) Tableau de bord IdentitoVigilance Séance de sensibilisation du personnel	Destinataire (s)	Direction de l'établissement GRIVES AGI Personnels de l'établissement

Lieu d'archivage des résultats :	
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité :	Annuelle
Abréviation(s) utilisée(s) :	IDV : IdentitoVigilance FSEI : Fiche de Signalement des Evénements Indésirables CS : Consultation

Insérer le logo de votre établissement

Annexe 3.1.6 - Taux de FSEI mineures relatives à l'identification secondaire des patients

GRIVES	Carte d'identité de l'indicateur	FSEI SECONDAIRE MINEURES				
IDV : Taux de FSEI MINEURES relatives à l'identification secondaire des patients						Code : SECONDMIN
Date mise en place initiale		Rédacteur				Version 1
Date modification		Rédacteur		Nature de la modification		Version
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif		

Construction – Mode de calcul			
Finalité de l'indicateur		Echantillonnage :	
1. Mesurer la qualité de l'identification du patient à toutes les étapes du soin 2. Evaluer les besoins en formation des soignants et l'efficacité des formations		Totalité des FSEI Niveau de mesure : <input checked="" type="checkbox"/> Etablissement <input type="checkbox"/> Service	
Numérateur	Nombre de FSEI secondaire mineures (cf. classification des FSEI)	Source des données et responsable	Tableau de suivi des FSEI d'IDV
Dénominateur	Nombre de journées d'hospitalisation + nombre de CS aux urgences	Source des données et responsable	DIM Requêtes BO ou autre logiciel de requête selon les ES
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre	Recueil : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input checked="" type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Autre :		
Responsable(s) du recueil	Référent local d'IDV	Responsable de l'analyse	Référent local d'IDV

Interprétation et mode de communication			
Interprétation des résultats	La dégradation de l'indicateur doit amener à réaliser une analyse a posteriori (CREX) et à organiser de nouvelles séances ciblées sur la problématique de formation du personnel..		
Biais possible	Cet indicateur est basé sur les déclarations de FSEI. Nécessite une implication du personnel et une déclaration des événements indésirables détectés		
Objectif chiffré	< 3p100 000 journées d'hospitalisations + passages	Référence(s) existante(s) : <input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)	
Seuil d'alerte	> 5p100 000 journées d'hospitalisations + passages		
Mode(s) de communication	Réunion d'IDV (diaporama) Tableau de bord identitovigilance Séance de sensibilisation du personnel	Destinataire (s)	Direction de l'établissement GRIVES AGI Personnels de l'établissement

Lieu d'archivage des résultats :	
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité :	Annuelle
Abréviation(s) utilisée(s) :	IDV : Identitovigilance FSEI : Fiche de Signalement des Evénements Indésirables CS : Consultation CREX : comité de Retour d'Expérience

Insérer le logo de votre établissement

Annexe 3.1.7 - Taux de FSEI majeures relatives à l'identification secondaire des patients

GRIVES	Carte d'identité de l'indicateur	FSEI SECONDAIRE MAJEURES			
IDV : Taux de FSEI MAJEURES relatives à l'identification secondaire des patients					Code : SECONDMAJ
Date mise en place initiale		Rédacteur		Version	1
Date modification		Rédacteur		Nature de la modification	Version
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif	

Construction – Mode de calcul			
Finalité de l'indicateur		Echantillonnage :	
1. Mesurer la qualité de l'identification du patient à toutes les étapes du soin 2. Evaluer les besoins en formation des soignants et l'efficacité des formations		Totalité des FSEI Niveau de mesure : <input checked="" type="checkbox"/> Etablissement <input type="checkbox"/> Service	
Numérateur	Nombre de FSEI secondaire majeures (cf. classification des FSEI)	Source des données et responsable	Tableau de suivi des FSEI d'IDV
Dénominateur	Nombre de journées d'hospitalisation + nombre de CS aux urgences	Source des données et responsable	DIM Requêtes BO ou autre logiciel de requête selon les ES
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre		Recueil : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input checked="" type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Autre :	
Responsable(s) du recueil	Référent local d'IDV	Responsable de l'analyse	Référent local d'IDV

Interprétation et mode de communication			
Interprétation des résultats	La dégradation de l'indicateur doit amener à réaliser une analyse a posteriori (CREX) et à organiser de nouvelles séances ciblées sur la problématique de formation du personnel..		
Biais possible	Cet indicateur est basé sur les déclarations de FSEI. Nécessite une implication du personnel et une déclaration des événements indésirables détectés		
Objectif chiffré	< 1p1000 journées d'hospitalisations + passages SU	Référence(s) existante(s) :	
Seuil d'alerte	> 2p 1000 journées d'hospitalisations + passages SU	<input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)	
Mode(s) de communication	Réunion d'IDV (diaporama) Tableau de bord identitovigilance Séance de sensibilisation du personnel	Destinataire (s)	Direction de l'établissement GRIVES AGI Personnels de l'établissement

Lieu d'archivage des résultats :	
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité :	Annuelle
Abréviation(s) utilisée(s) :	IDV : Identitovigilance FSEI : Fiche de Signalement des Evénements Indésirables CS : Consultation CREX : comité de Retour d'Expérience

Insérer le logo de votre établissement

Annexe 3.1.8 - Taux de FSEI critiques relatives à l'identification secondaire des patients

GRIVES	Carte d'identité de l'indicateur	FSEI SECONDAIRES CRITIQUES				
IDV : Taux de FSEI CRITIQUES relatives à l'identification secondaire des patients						Code : SECONDCRIT
Date mise en place initiale		Rédacteur				Version 1
Date modification		Rédacteur		Nature de la modification		Version
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif		

Construction – Mode de calcul			
Finalité de l'indicateur		Echantillonnage :	
1. Mesurer la qualité de l'identification du patient à toutes les étapes du soin 2. Evaluer les besoins en formation des soignants et l'efficacité des formations		Totalité des FSEI Niveau de mesure : <input checked="" type="checkbox"/> Etablissement <input type="checkbox"/> Service	
Numérateur	Nombre de FSEI secondaire critiques (cf. classification des FSEI)	Source des données et responsable	Tableau de suivi des FSEI d'IDV
Dénominateur	Nombre de journées d'hospitalisation + nombre de CS aux urgences	Source des données et responsable	DIM Requêtes BO ou autre logiciel de requête selon les ES
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre	Recueil : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input checked="" type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Autre :		
Responsable(s) du recueil	Référent local d'IDV	Responsable de l'analyse	Référent local d'IDV


Interprétation et mode de communication			
Interprétation des résultats	La dégradation de l'indicateur doit amener à réaliser une analyse a posteriori (RMM).		
Biais possible	Cet indicateur est basé sur les déclarations de FSEI. Nécessite une implication du personnel et une déclaration des événements indésirables détectés		
Objectif chiffré	< 1p100 000 journées d'hospitalisations + passages	Référence(s) existante(s) : <input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)	
Seuil d'alerte	> 2p 100 000 journées d'hospitalisations + passages		
Mode(s) de communication	Réunion d'IDV (diaporama) Tableau de bord IdentitoVigilance Séance de sensibilisation du personnel	Destinataire (s)	Direction de l'établissement GRIVES AGI Personnels de l'établissement

Lieu d'archivage des résultats :	
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité :	Annuelle
Abréviation(s) utilisée(s) :	IDV : IdentitoVigilance FSEI : Fiche de Signalement des Evénements Indésirables CS : Consultation

Insérer le logo de votre établissement

Annexe 3.2 - Suivi des doublons

Annexe 3.2.1 - Taux de doublons de flux

	Carte d'identité de l'indicateur		Doublons flux			
	IDV : Doublons de flux					Code : DOUBLONFLUX
	Date mise en place initiale		Rédacteur	Version 1		
	Date modification		Rédacteur	Nature de la modification		Version
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif		

Construction – Mode de calcul			
Finalité de l'indicateur		Echantillonnage :	Niveau de mesure :
Evaluer la qualité de la recherche et de la saisie administrative des patients dans les services réalisant des admissions		Totalité des demandes de fusion	<input checked="" type="checkbox"/> Etablissement <input type="checkbox"/> Service
Numérateur	Nombre de doublons dépistés par unité de temps lors d'un passage ET déclarés à la CIV	Source des données et responsable	Nombre de demande de fusion
Dénominateur	Nombre de passages (hospitalisations + CS	Source des données et responsable	DIM requêtes BO ou autre logiciel de requête selon les ES
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre	Recueil : <input checked="" type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Autre :		
Responsable(s) du recueil	Référent local d'IDV	Responsable de l'analyse	Référent local d'IDV

Interprétation et mode de communication			
Interprétation des résultats	La dégradation de l'indicateur doit amener à organiser des actions ciblées de formation du personnel concernant le processus « Accueillir un patient dans le SIH »		
Biais possible	1. Le dépistage des doublons ne peut se faire que si l'utilisateur respecte le processus accueillir un patient dans le SIH. La recherche uniquement par IPP ne permet pas le dépistage des doublons 2. Cet indicateur est basé sur le dépistage des anomalies par la vigilance des utilisateurs et sur l'exhaustivité des demandes de fusion réalisées par les personnels d'accueil		
Objectif chiffré	< 1%	Référence(s) existante(s) : <input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)	
Seuil d'alerte	>2%		
Mode(s) de communication	Réunion d'IDV (diaporama) Tableau de bord IdentitoVigilance Séance de sensibilisation du personnel	Destinataire (s)	Direction de l'établissement GRIVES AGI Personnels de l'établissement

Lieu d'archivage des résultats :	Site COVIRIS/ IdentitoVigilance
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité :	Annuelle
Abréviation(s) utilisée(s) :	IDV : IdentitoVigilance CIV : Comité d'IdentitoVigilance AGI : Autorité de gestion des identités CS: Consultation CFA : Cellule de formation Amadeus SHSE : Services des hospitalisations et soins externes

Annexe 3.2.2 - Nombre de doublons créés

Nom : CREADOUBLON

Champ	Evaluation de la qualité de la recherche et de la saisie administrative des patients dans les services réalisant des admissions
Objectifs	Mesurer la qualité de la recherche de patient dans la base (respect consigne)
Besoin d'information	Nombre de doublons créés par unité de temps Nombre de création d'IPP
Mode de calcul	$\text{Nombre de doublons créés} \times 100 / [\text{Nombre d'IPP créés}]$
Format	% Pourcentage
Représentation	Représentation graphique permettant de suivre l'évolution de l'indicateur.
Mode de communication	Tableau de bord IdentitoVigilance
Destinataires	Référent d'IdentitoVigilance Direction de l'établissement Cellule décisionnaire d'IV (Autorité de gestion des identités, comité d'IV...)
Périodicité	Quatre extractions dans l'année en fin de trimestre Exploitation annuelle en fin d'année
Collecte	Extraction par requête pour les données d'activité (nombre hospitalisation, nombre passage) Exploitation par le référent d'IdentitoVigilance
Seuil	Valeur à atteindre <1% Seuil d'alerte : à partir de 2%
Biais	Si l'établissement ne dispose pas d'un logiciel d'IV, le suivi de l'indicateur nécessite une déclaration par les personnels des anomalies détectées.

Annexe 3.3 - Suivi des collisions et des fusions

Annexe 3.3.1 - Taux de collisions dépistées

Nom : COLLISION

Champ	Evaluation de la qualité de la saisie administrative des patients dans les services réalisant des admissions
Objectifs	Mesurer la qualité de la recherche de patient dans la base (respect consigne)
Besoin d'information	Nombre de collisions détectées par unité de temps (vigilance utilisateur, FSEI collision...) Nombre de passages (hospitalisation + consultation)
Mode de calcul	$\text{Nombre de collision} \times 100 / [\text{Nombre de passages}]$
Format	% Pourcentage
Représentation	Représentation graphique permettant de suivre l'évolution de l'indicateur.
Mode de communication	Tableau de bord IdentitoVigilance
Destinataires	Référent d'IdentitoVigilance Direction de l'établissement Cellule décisionnaire d'IV (Autorité de gestion des identités, comité d'IV...)
Périodicité	Suivi mensuel Exploitation annuelle en fin d'année
Collecte	FSEI Exploitation par le référent d'IdentitoVigilance Extraction par requête pour les données d'activité (nombre hospitalisation, nombre passage)
Seuil	Valeur à atteindre <0,01% Seuil d'alerte : à partir de 0,02%
Biais	Cet indicateur est basé sur le dépistage des anomalies par la vigilance des utilisateurs et sur l'exhaustivité des déclarations d'anomalies par FSEI

Insérer le logo de votre établissement

Annexe 3.3.2 - Nombre de fusions réalisées

GRIVES	Carte d'identité de l'indicateur	Fusions				
IDV : Fusions						Code : FUSION
Date mise en place initiale		Rédacteur				Version 1
Date modification		Rédacteur		Nature de la modification		Version
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif		

Construction – Mode de calcul			
Finalité de l'indicateur		Echantillonnage :	
Evaluer la charge de travail de la COIH partie CFA concernant le maintien de la qualité de la base patient.		Totalité des fusions réalisées	
		Niveau de mesure : <input checked="" type="checkbox"/> Etablissement <input type="checkbox"/> Service	
Numérateur	Nombre de doublons fusion réalisées	Source des données et responsable	Fichier de suivi des fusions
Dénominateur		Source des données et responsable	
<input type="checkbox"/> Pourcentage <input checked="" type="checkbox"/> Nombre		Recueil : <input checked="" type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Autre :	
Responsable(s) du recueil	Référent local d'IDV	Responsable de l'analyse	Référent local d'IDV

Interprétation et mode de communication			
Interprétation des résultats	L'augmentation du nombre de fusions réalisées traduit une augmentation de la charge de travail de la CIV et doit conduire la direction à renforcer ce service en personnel.		
Biais possible	En l'absence de logiciel d'IV, le nombre de fusions réalisées dépend étroitement du nombre de doublons dépistés et donc du respect par le personnel du processus «Accueillir un patient dans le SIH».		
Objectif chiffré	<600	Référence(s) existante(s) :	
Seuil d'alerte	>800	<input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)	
Mode(s) de communication	Réunion d'IDV (diaporama) Tableau de bord identitovigilance Séance de sensibilisation du personnel	Destinataire (s)	Direction de l'établissement GRIVES AGI Personnels de l'établissement

Lieu d'archivage des résultats :	Site COVIRIS/ identitovigilance
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité :	Annuelle
Abréviation(s) utilisée(s) :	IDV : Identitovigilance CIV : Comité d'identitovigilance de l'hôpital

Annexe 3.3.3 - Pourcentage de fusions précoces

GRIVES	Carte d'identité de l'indicateur	Fusions précoces				
IDV : Pourcentage de fusions précoces						Code : FUSPREC
Date mise en place initiale		Rédacteur				Version 1
Date modification		Rédacteur		Nature de la modification		Version
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif		

Construction – Mode de calcul			
Finalité de l'indicateur		Echantillonnage :	
Évaluation de la rapidité de détection des créations de doublons et de la réactivité de la Cellule assurant les fusions		Totalité des fusions réalisées	
		Niveau de mesure : <input checked="" type="checkbox"/> Etablissement <input type="checkbox"/> Service	
Numérateur	Nombre de doublons fusionnés en moins de 72 heures	Source des données et responsable	Fichier de suivi des fusions
Dénominateur	Nombre total de doublons fusionnés par unité de temps (année...)	Source des données et responsable	
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre		Recueil : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input type="checkbox"/> Trimestriel <input checked="" type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Autre :	
Responsable(s) du recueil	Référent local d'IDV	Responsable de l'analyse	Référent local d'IDV

Interprétation et mode de communication			
Interprétation des résultats			
Biais possible		En l'absence de logiciel d'IV, le nombre de fusions réalisées dépend étroitement du nombre de doublons dépistés et donc du respect par le personnel du processus «Accueillir un patient dans le SIH».	
Objectif chiffré	>50%	Référence(s) existante(s) :	
Seuil d'alerte	<20%	<input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)	
Mode(s) de communication	Réunion d'IDV (diaporama) Tableau de bord identitovigilance Séance de sensibilisation du personnel	Destinataire (s)	Direction de l'établissement GRIVES AGI Personnels de l'établissement

Lieu d'archivage des résultats :	Site COVIRIS/ identitovigilance
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité :	Annuelle
Abréviation(s) utilisée(s) :	IDV : Identitovigilance CIV : Comité d'identitovigilance de l'hôpital

Insérer le logo de votre établissement

Annexe 3.3.4 - Taux de fusions tardives

GRIVES	Carte d'identité de l'indicateur	Fusions tardives				
IDV : Taux de fusions tardives						Code : FUSTARD
Date mise en place initiale		Rédacteur				Version 1
Date modification		Rédacteur		Nature de la modification		Version
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif		

Construction – Mode de calcul			
Finalité de l'indicateur		Echantillonnage :	
Évaluation de la quantité de doublons présents dans la file active de Patients		Totalité des fusions réalisées	
		Niveau de mesure : <input checked="" type="checkbox"/> Etablissement <input type="checkbox"/> Service	
Numérateur	Fusions > 1 an	Source des données et responsable	Fichier de suivi des fusions
Dénominateur	Fusions réalisées par unité de temps (trimestre, année...)	Source des données et responsable	
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre		Recueil : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input type="checkbox"/> Trimestriel <input checked="" type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Autre :	
Responsable(s) du recueil	Référent local d'IDV	Responsable de l'analyse	Référent local d'IDV

Interprétation et mode de communication			
Interprétation des résultats	Mesurer l'avancement et l'efficacité du nettoyage de la base d'identités		
Biais possible	Inertie moyenne. Très bon indicateur du travail de fond sur plusieurs années. Outil de lutte contre la banalisation des doublons dans la file active. Nécessité de posséder un logiciel d'IV pour suivre cet indicateur de façon efficace		
Objectif chiffré	<5%	Référence(s) existante(s) : <input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)	
Seuil d'alerte	>20%		
Mode(s) de communication	Réunion d'IDV (diaporama) Tableau de bord identitovigilance Séance de sensibilisation du personnel	Destinataire (s)	Direction de l'établissement GRIVES AGI Personnels de l'établissement

Lieu d'archivage des résultats :	Site COVIRIS/ identitovigilance
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité :	Annuelle
Abréviation(s) utilisée(s) :	IDV : Identitovigilance CIV : Comité d'identitovigilance de l'hôpital

Annexe 3.4 - Nombre d'usurpation d'identité

GRIVES	Carte d'identité de l'indicateur	Usurpations d'identité			
IDV : Usurpations d'identité détectées					Code : USURPIDENT
Date mise en place initiale		Rédacteur			Version 1
Date modification		Rédacteur	Nature de la modification		Version
Date d'arrêt		Rédacteur	Motif		

Construction – Mode de calcul			
Finalité de l'indicateur		Echantillonnage :	
Evaluer l'importance de cette pratique à risque majeur dans la prise en charge des patients dans la patientèle de l'HIAL.		Totalité des FSEI	
		Niveau de mesure : <input checked="" type="checkbox"/> Etablissement <input type="checkbox"/> Service	
Numérateur	Nombre d'usurpations d'identité déclarées par FSEI	Source des données et responsable	Fichier de suivi des FSEI d'IDV
Dénominateur	Nombre de passages (hospitalisations + CS)	Source des données et responsable	DIM requêtes BO ou autre logiciel de requête selon les ES
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre		Recueil : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input checked="" type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Autre :	
Responsable(s) du recueil	Référent local d'IDV	Responsable de l'analyse	Référent local d'IDV

Interprétation et mode de communication			
Interprétation des résultats	La dégradation de l'indicateur doit amener à organiser des actions de sensibilisation des patients et des personnels (affichage, articles, média...)		
Biais possible	Cet indicateur est basé sur le dépistage des anomalies par la vigilance des utilisateurs et sur l'exhaustivité des déclarations d'anomalies par FSEI		
Objectif chiffré	< 1p10 000 passages	Référence(s) existante(s) : <input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)	
Seuil d'alerte	>2p10 000 passages		
Mode(s) de communication	Réunion d'IDV (diaporama) Tableau de bord IdentitoVigilance Séance de sensibilisation du personnel	Destinataire (s)	Direction de l'établissement GRIVES AGI Personnels de l'établissement

Lieu d'archivage des résultats :	
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité :	Annuelle
Abréviation(s) utilisée(s) :	IDV : IdentitoVigilance FSEI : Fiche de Signalement des Evénements indésirables CS : Consultation

Annexe 3.5 - Modifications d'identité liées à des erreurs de saisie

Nom : MODIFIDENT

Champ	Evaluation de la qualité de la saisie administrative des patients par les admissionnistes et le personnel d'accueil dans les services d'urgences.
Objectifs	Mesurer l'efficacité des formations des personnels à <ol style="list-style-type: none"> 1. L'importance de l'IdentitoVigilance 2. Le logiciel utilisé pour l'identification des patients Cet indicateur permet d'évaluer les besoins en formation.
Besoin d'information	Nombre de modifications d'identité classées par motif (changement d'état civil, erreur de saisie, mise en conformité avec les normes de saisie...) Nombre de passages Nombre d'hospitalisations
Définition de l'indicateur	<1%
Représentation	Nombre de modification d'identité dues à une erreur de saisie*100/ [nombre de passage+ d'hospitalisation]
Format	% Pourcentage
Représentation	Représentation graphique permettant de suivre l'évolution de l'indicateur.
Mode de communication	Tableau de bord IdentitoVigilance
Destinataires	Référent d'IdentitoVigilance Direction de l'établissement Cellule décisionnaire d'IV (Autorité de gestion des identités, comité d'IV...)
Périodicité	Quatre extractions dans l'année en fin de trimestre Exploitation annuelle en fin d'année
Collecte	Nombre d'identité modifié classés par motif de modification (logiciel, tableau de suivi...) Exploitation par le référent d'IdentitoVigilance
Seuil	Valeur à atteindre <1% Seuil d'alerte : à partir de 2%
Biais	

Annexe 3.6 - Taux de formation du personnel

GRIVES	Carte d'identité de l'indicateur	Formation du personnel				
IDV : Formation du personnel						Code : FORMAPERS
Date mise en place initiale		Rédacteur				Version 1
Date modification		Rédacteur		Nature de la modification		Version
Date d'arrêt		Rédacteur		Motif		

Construction – Mode de calcul			
Finalité de l'indicateur		Echantillonnage :	
Evaluer quantitativement l'efficacité du plan de formation		Ensemble de personnels de l'ES	
		Niveau de mesure : <input checked="" type="checkbox"/> Etablissement <input type="checkbox"/> Service	
Numérateur	Nombre de personnel formé par catégorie professionnelle	Source des données et responsable	Fichier de suivi des personnels formés : référent IDV
Dénominateur	Effectif de l'ES par catégorie professionnelle	Source des données et responsable	Tableau d'effectifs : RH
<input checked="" type="checkbox"/> Pourcentage <input type="checkbox"/> Nombre		Recueil : <input type="checkbox"/> Annuel <input checked="" type="checkbox"/> Semestriel <input type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Autre :	
Responsable(s) du recueil	Référent local d'IDV	Responsable de l'analyse	Référent local d'IDV

Interprétation et mode de communication			
Interprétation des résultats	La dégradation de l'indicateur doit amener à organiser de nouvelles séances de formation. Action auprès des cadres de santé et des chefs de services éventuellement		
Biais possible	Absence d'émargement du personnel lors des séances (indicateur rendu par défaut)		
Objectif chiffré	>85% sur trois ans glissants	Référence(s) existante(s) : <input type="checkbox"/> Régionale (date) : (score) <input type="checkbox"/> Nationale (date) : (score)	
Seuil d'alerte	<70 % sur trois ans glissants		
Mode(s) de communication	Réunion d'IDV (diaporama) Tableau de bord IdentitoVigilance	Destinataire (s)	Direction de l'établissement GRIVES AGI

Lieu d'archivage des résultats :	
Périodicité d'actualisation/vérification de la carte d'identité :	Annuelle
Abréviation(s) utilisée(s) :	IDV : IdentitoVigilance RH : Ressources Humaines AGI : Autorité de gestion des identités

Annexe 4. Tableau des règles de saisie

Rappel : les règles typographiques de saisie de l'identification des patients sont :

- toutes les saisies sont faites en majuscules ;
- sans accentuation ;
- sans ponctuation : utiliser un espace pour remplacer les (') et les (-) ou (- -) ;
- sans aucun caractère particulier (exemple : ç, ä, â interdits)
- sans abréviation (ex : ne pas saisir les prénoms composés sous forme JP ou J PIERRE).

Traits stricts	Format logiciel définition	Saisie	Doc validant	Commentaires	Adaptation de la procédure du SIH aux particularités du SIL ou d'autres logiciels métier si panne SIH (procédure de continuité d'activité)
IPP					
Nom de naissance		Obligatoire	CNI, passeport, titre de séjour, carte de résident En l'absence de ces documents : utiliser en priorité un document écrit (permis de conduire, livret de famille) plutôt qu'une simple déclaration orale.	Saisir l'ensemble du nom présenté sur la pièce d'identité Pour les patients dont le nom de naissance excéderait 35 caractères, saisir les 35 premiers caractères	
Prénom		Obligatoire		1er prénom de l'état civil avant la virgule : Jean-Pierre, Claude Marc è JEAN PIERRE Pour les patients sans prénom : saisir ce qui est mentionné sur la pièce d'identité.	
Date de naissance	8 digits JJ/MM/AAAA	Obligatoire			
Sexe	1 digit : M ou F	Obligatoire			
Lieu de naissance		Obligatoire			
code postal		Obligatoire			
Ville		Obligatoire			
Pays		Obligatoire			

Insérer le logo de votre établissement

Traits étendus	Format logiciel définition	Saisie	Doc validant	Commentaires	Adaptation de la procédure du SIH aux particularités du SIL
N° Sécurité sociale	13 digits	Obligatoire (SHSE*)	Carte vitale ou attestation de sécurité sociale papier		
Nom usuel			CNI, passeport ou titre de séjour, carte de résident		
Adresse : domicile : n° rue compléments type de voie voie Complément de voie Code postal Code commune Ville Pays (si étranger) Identifiant national de santé calculé (INS-C). N° téléphone Catégorie de couverture sociale		Obligatoire Obligatoire Obligatoire Obligatoire Obligatoire Obligatoire Obligatoire Obligatoire Obligatoire Obligatoire Obligatoire	Justificatif de domicile de moins de 3 mois Lecture de la carte vitale		

Annexe 5. Droits d'identification dans les Etablissement de santé

Services	Acteurs	Application utilisée	Action	Mode de communication dans le SIH
Bureau des entrées	Agents administratifs	Application administrative	Création, modification d'identité Tous les champs	Echanges d'informations par interface
Services cliniques en dehors du cadre de l'urgence	Secrétaires médicales Infirmiers Médecins	Application salle de soin ou accueil du SIH	Choix de l'identité lors de la prise en charge d'un patient Mise à jour de l'adresse, du numéro de téléphone Mise à jour du médecin traitant Alimentation de l'INS-C	Echanges d'informations par interface
Services cliniques accueillant les patients en urgence (hors heures ouvrables)	Secrétaires médicales ; Infirmiers ; Médecins ;			Echanges d'informations par interface
Laboratoires de Biologie Médicale	Biologistes Techniciens de laboratoire Aides de laboratoire Secrétaires médicales	SIL	Fusion, défusion de collision Création si urgence ou SIH en panne (Procédure de continuité d'activité)	Aucun
Tout secrétariat médical	Secrétaires médicales	Application salle de soin ou accueil du SIH	Mise à jour adresse et numéro de téléphone Mise à jour du médecin traitant	Echanges d'informations par interface
Logiciels métiers	Référent	Log. métier	Vérification de l'intégration des informations dans le logiciel métier	Echanges d'informations par interface
DIM	Personnels de la CIV	Application salle de soin ou accueil du SIH	Fusion Défusion de collision si possibilité offerte par le logiciel	Echanges d'informations par interface
Editeur de logiciel	Support		Défusion de collision	Demande de défusion par procédure spécifique

Annexe 6. Grilles d'audit validées par le GRIVES

Annexe 6.1 - Enquête un jour donné, exhaustivité du port du bracelet d'identification chez le patient hospitalisé ou en ambulatoire

Auditeur : Service d'hospitalisation : Date de l'évaluation :

			Exactitude de la démographie (vérification auprès du patient si patient communicant ou à l'aide du dossier pour les patients non communicants					Si réponse non à la question 2 et patient communiquant uniquement			
IPP° Patient	Patient communicant	Port du bracelet	Nom de naissance	Nom d'usage	Prénom	Date de naissance	Sexe	Bracelet proposé	Bracelet refusé	Traçabilité dans le dossier	Traçabilité cohérente avec l'observation du patient
	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>
	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>
	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>
	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Insérer le logo de votre établissement

	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"/>	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"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---



Annexe 6.2 - Evaluation de l'utilisation du bracelet d'identification

Nom de l'établissement :	texte
Un bracelet d'identification est-il utilisé dans votre établissement ?	<input type="checkbox"/> oui, pour tous les patients <input type="checkbox"/> oui, pour tous certains patients <input type="checkbox"/> non
Date de mise en place du bracelet dans l'établissement	<input type="checkbox"/> moins de 6 mois <input type="checkbox"/> plus de 6 mois et moins d'1 an <input type="checkbox"/> plus d'1 an et moins de 2 ans <input type="checkbox"/> plus d'1 an et moins de 2 ans <input type="checkbox"/> plus de 2 ans et moins de 3 ans
Marque du bracelet	texte
Modèle du bracelet	texte
Taille du bracelet	<input type="checkbox"/> adulte <input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> nourrisson
Coût unitaire (précisez HT ou TTC)	texte
Coût unitaire imprimantes spécifiques (si besoin)	texte
Consommation annuelle (en nombre de bracelet)	nombre entier
Utilisation unique (une fois enlevé le bracelet n'est pas réutilisé)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas
Système d'attache du bracelet	<input type="checkbox"/> bouton pression <input type="checkbox"/> collé <input type="checkbox"/> Autre
Inviolable (Une fois le bracelet refermé, il faut le couper pour l'enlever)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas
Résiste à l'eau	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas
Type d'étiquette	<input type="checkbox"/> impression directe à partir du SIH <input type="checkbox"/> collage d'une étiquette imprimée à partir su SIH <input type="checkbox"/> inscription manuelle <input type="checkbox"/> insertion de carte <input type="checkbox"/> Autre
Dimensions du bracelet (en cm)	texte
Dimensions de la zone de marquage (en cm)	texte
Points positifs	texte
Points négatifs	texte
Appréciation globale	<input type="checkbox"/> très satisfaisant <input type="checkbox"/> satisfaisant <input type="checkbox"/> peu satisfaisant <input type="checkbox"/> pas satisfaisant
Autres remarques	texte

Annexe 6.3 - Recueil de l'identité au bureau des entrées

Auditeur : Service audité : Date :

Eléments d'IdentitoVigilance

La pièce d'identité est demandée :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Présentation de la pièce d'identité :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Refus <input type="checkbox"/>
Si oui, type de pièce d'identité présentée :	Carte d'identité <input type="checkbox"/> Carte de résident <input type="checkbox"/>	Passeport <input type="checkbox"/> Carte de séjour <input type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/>
Demande de décliner l'identité : <i>(la vérification du sexe du patient peut être faite par observation du patient, ou sur la pièce d'identité)</i>	Nom de naissance <input type="checkbox"/> Date de naissance <input type="checkbox"/> Sexe du patient M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Nom d'usage (« marital ») <input type="checkbox"/>	Prénom <input type="checkbox"/>
Les formalités sont-elles effectuées par une tierce personne ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Le patient est recherché dans le SIH :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Critères utilisés pour la recherche	<i>(Précisez l'ordre de saisie dans le champ : indiquer 1, 2 ou 3 dans la case ordre de saisie) (cocher NA si la procédure de l'établissement n'inclut pas ce critère de recherche)</i>		
<ul style="list-style-type: none"> Date de naissance 3 Premières lettres du nom de naissance 3 Premières lettres du prénom 	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"/>	Ordre : Ordre : Ordre :	
Suspicion de doublon :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si doublon suspecté, signalement du doublon à la cellule opérationnelle d'IdentitoVigilance :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

Autres éléments administratifs

Les éléments de prise en charge sont demandés : <i>(si l'agent ne demande aucun document, ne rien cocher)</i>	Carte vitale : <input type="checkbox"/>	Carte mutuelle <input type="checkbox"/>	Autres : <input type="checkbox"/>
Vérification des couvertures sociales du patient et mise à jour éventuelle : <i>(Cocher NA si le patient ne présente pas de document de prise en charge).</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
L'agent d'accueil demande l'adresse du patient	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Avec justificatif de domicile <i>(cocher NA si la demande de justificatif de domicile n'est pas prévue dans l'établissement)</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
L'agent d'accueil demande le numéro de téléphone du patient :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

La saisie dans le SIH

Les données obligatoires sont saisies :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si non, quelle donnée n'est pas saisie :	Nom de naissance <input type="checkbox"/> Date de naissance <input type="checkbox"/> Lieu de naissance <input type="checkbox"/>	Nom d'usage (« marital ») <input type="checkbox"/>	Prénom <input type="checkbox"/> Sexe <input type="checkbox"/>
Les règles de saisie sont respectées : <i>(Pas de caractères spéciaux, pas de ponctuation, pas de tirets, pas d'apostrophe, pas d'abréviation) :</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si NON, quelle(s) règle(s) ne sont pas respectée(s) :	Caractères spéciaux <input type="checkbox"/> Apostrophes <input type="checkbox"/>	Ponctuations <input type="checkbox"/> Abréviations <input type="checkbox"/>	Tirets <input type="checkbox"/>
Identité tronquée lors de la saisie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Vérification de la concordance entre la pièce d'identité, les données présentes dans le SIH et si elle existe la carte d'identification patient de l'ES :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
Si oui, concordance exacte :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si le patient ne présente pas de documents d'identité, il est enregistré en identité provisoire dans le SIH : <i>(Cocher NA si non autorisé par le logiciel ou non prévue dans la procédure de l'ES)</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
Si le patient est hospitalisé, les pièces demandées sont scannées ou photocopiées: <i>(Cocher NA si cette pratique n'est pas en vigueur dans votre établissement)</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
Si des documents sont manquants, l'agent d'accueil explique la procédure au patient pour régulariser son dossier: <i>(Cocher NA si cette pratique n'est pas en vigueur dans votre établissement)</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>

Annexe 6.4 - Grille d'évaluation : des règles d'identification lors d'un prélèvement biologique

Service : _____ : Date : _____ Heure : _____ Evalueur (initiales): _____

1. Vérification de l'identité du patient sur la prescription (doit comporter nom de naissance, nom usuel éventuellement, prénom, date de naissance, sexe, IPP éventuellement)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2. Les étiquettes sont collées sur le tube avant le prélèvement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
3. Vérification de la concordance des identités des étiquettes (doit comporter IPP, nom de naissance, nom usuel éventuellement, prénom, date de naissance, sexe) avec la prescription.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

4. Vérification de l'identité avant le prélèvement ou le geste technique par question ouverte ou fermé (cocher NA si patient non communicant)

	Question ouverte	Question fermé	Pas vérifié	NA
Nom de naissance				
Nom usuel				
Prénom				
Date de naissance				

5. Le personnel demande au patient d'épeler ses noms et prénoms	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
6. Recueil de l'identité sur le bracelet d'identification (cocher NA si le patient n'a pas de bracelet)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NA
7. Etiquetage au lit du patient dès le prélèvement terminé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
8. Ensachage au lit du patient Vérification du scellement correct des sachets au pied du lit	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
9. Si l'ensachage n'est pas réalisé au lit du patient, vérification de la concordance prescription prélèvement avant ensachage (cocher NA si ensachage au lit du patient)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NA
10. Présence simultanée de documents concernant d'autres patients	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
11. Si oui, chaque dossier (étiquettes, tubes, ordonnances) est regroupé par sachet et par patient ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

Annexe 6.5 - Recueil de l'identité administrative au secrétariat médical (y compris centre de consultations externes)

Auditeur :

Date :

1. Si homme, demande de décliner l'identité : Nom, prénom, date de naissance (jour, mois, année)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
2. Si femme, demande de décliner l'identité : Nom usuel ET Nom de naissance, prénom, date de naissance (jour, mois, année)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
3. La pièce d'identité est demandée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
4. Présentation de la pièce d'identité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
5. Type de pièce d'identité	<input type="checkbox"/> Carte d'identité <input type="checkbox"/> Carte de séjour <input type="checkbox"/> Attestation de vol	<input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Carte de résident <input type="checkbox"/> Autre document	<input type="checkbox"/> lequel :.....
6. Le patient est recherché dans le SIH	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
7. Vérification de la concordance entre la pièce d'identité, les données démographiques présentes dans le SIH	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
8. Concordance exacte	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
9. Si non, quelle erreur	<input type="checkbox"/> Nom naissance <input type="checkbox"/> Prénom <input type="checkbox"/> Sexe	<input type="checkbox"/> Nom d'usage <input type="checkbox"/> Date de naissance <input type="checkbox"/> Lieu de naissance	
10. Si erreur, quelle action	<input type="checkbox"/> Renvoi du patient au bureau des entrées <input type="checkbox"/> Demande de modification d'identité selon la procédure en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Ne fait rien		
11. Demande l'adresse du patient	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
12. Demande le numéro de téléphone du patient			
13. Demande le nom du médecin traitant du patient			

Annexe 7. Protocoles et procédures

Annexe 7.1 - Enregistrement de l'identité d'un patient incapable de décliner son identité

1^{er} exemple de possibilité d'enregistrement

- **Champ Nom** de naissance: Nom abrégé de l'établissement dans lequel est admis le patient
- **Champ Prénom** : nom du service dans lequel se fait l'entrée suivi de la date du jour (jjmm)
 - **SAU** pour un anonyme à l'arrivée au service d'accueil des urgences
 - **CTB** pour un anonyme à l'arrivée au centre de traitement des brûlés
 - **MATER** pour un anonyme à l'arrivée au service de maternité
 - **REA** pour un anonyme à l'arrivée au service de réanimation
- **Champ Nom d'usage = nom de naissance**
- **Champ Date Naissance** : jour et mois de l'année en cours + année approximative (exemple si le patient à environ 60 ans noter pour une admission en 2012 : 1952). L'évaluation de la date de naissance permet de bénéficier des automatismes de contrôles du SIH en place et des logiciels périphériques (SIL)
- **Sexe** : F (féminin) ou M (Masculin)
- **Nationalité** : par défaut F
- **Adresse** : NEANT (à saisir en toutes lettres)
- **Code postal** : celui de l'établissement de soins

2ème exemple de possibilité d'enregistrement

- **NOM** : Nom de manière aléatoire avec le tableur interne destiné à cet effet ne pouvant pas créer deux fois le même
- **PRENOM** : pour les inconnus vivants à l'arrivée le prénom sera **INCONNU**
- Pour les inconnus décédés à l'arrivée le prénom sera **INCONNU DCD**
- **DATE de NAISSANCE** : 1^{er} janvier de l'année de naissance approximative (exemple 01/01/1960 pour quelqu'un qui semble être âgé d'une cinquantaine d'années)
- **SEXE** : en cas de doute le sexe sera celui reconnu par le médecin.

3ème exemple de possibilité d'enregistrement

Si l'agent ne possède aucune indication sur le patient, son identification sera saisie sous la forme d'un code selon la logique suivante :

- NOM sera M : masculin ou F : féminin
- PRENOM correspondra à un nombre écrit en toutes lettres en fonction de l'ordre d'arrivée du patient dans la journée suivi de la date du jour (JJMMAA) :
Exemple : M/UN170308 pour le premier homme enregistré dans la journée
Exemple : F/CINQ240408 pour la cinquième femme enregistrée dans la journée....

Dans le cas particulier du patient incapable de fournir son identité lors d'une intervention SMUR nécessitant une transfusion de sang sur place, il sera nommé comme suit :

Insérer le logo de votre établissement

- NOM sera SMUR
- PRENOM correspondra à un nombre écrit en toutes lettres en fonction de l'ordre d'arrivée du patient dans la journée suivi de la date du jour (JJMMAA)
Exemple : SMUR/UN170309 pour le premier patient enregistré dans la journée du 17 mars 2009.
Exemple : SMUR/DEUX240409 pour le deuxième patient enregistré dans la journée du 24 avril 2009.

NE JAMAIS REPRENDRE D'ANTERIORITE POUR CE TYPE DE PATIENT

Annexe 7.2 - Enregistrement de l'identité d'un patient souhaitant garder l'anonymat

Annexe 7.2.1 - Episode de soins confidentiels :

Le patient désire que sa présence soit confidentielle pour un épisode de soins (y compris pour une consultation), il ne souhaite ni prendre un pseudonyme, ni être anonyme. Il souhaite que toutes ou certaines personnes ne puissent être informées de sa présence dans l'établissement.

Son identité est relevée normalement au bureau des entrées.

Si le logiciel de l'établissement le permet, l'agent active une clé de confidentialité.

Le patient disparaît alors de l'écran utilisé par le personnel d'accueil ; il ne pourra donc plus renseigner les visiteurs.

Le patient restera visualisé par l'équipe du bureau des entrées et par le personnel soignant de son unité de soins.

Le patient disparaît après un temps de latence de 30 minutes du serveur vocal.

Annexe 7.2.2 - Identité confidentielle (identité protégée)

Le patient souhaite être anonyme pour un ou plusieurs épisodes de soins. Il souhaite que sa véritable identité soit protégée.

CAS 1 : le patient possède déjà une IPP avec son identité réelle :

Générer un pseudonyme

NOM : il convient de générer le nom de manière aléatoire.

PRENOM : le patient se voit attribuer le prénom de son choix ; s'il est absent lors de l'enregistrement, garder le vrai prénom du patient.

DATE DE NAISSANCE : conserver la date de naissance réelle.

Page Etat civil : cocher la case **identité confidentielle**, renseigner la grille «**identité protégée**» avec la vraie identité du patient.

Sur la page Etat civil : modifier le nom et prénom par le pseudonyme.

CAS 2 : le patient n'a pas d'IPP (première venue) :

Générer un pseudonyme

Créer l'IPP avec le pseudonyme et renseigner la grille «**identité protégée** » avec son identité réelle.

L'identité réelle du patient est présente dans le système d'information dans la fiche d'identité protégée. Elle n'est accessible qu'au service chargé de la facturation.

L'identité réelle sera rétablie par les personnels autorisés à la fin de l'épisode de soins ou d'une succession d'épisodes de soins, lorsque le patient en fera la demande.

Annexe 7.2.3 - Anonymat total

Certains cas sont prévus par la législation : traitement des toxicomanies, maladies transmissibles

En aucune façon, on ne peut retrouver l'identité réelle du patient dans le système d'information de l'établissement.

NOM : il convient de générer un pseudonyme de manière aléatoire par le tableur destiné à cet effet.

PRENOM : le patient se voit attribuer le prénom de son choix ; s'il est absent lors de l'enregistrement, garder le vrai prénom du patient.

DATE de NAISSANCE : 1^{er} janvier de l'année de naissance du patient.

Annexe 7.2.4 - Accouchement sous X

Autre cas prévu par la loi en anonymat total.

Si la patiente est connue du système, ne surtout pas utiliser l'IPP existante pour la modifier, mais créer une nouvelle IPP pour toutes les consultations et hospitalisations en rapport avec l'accouchement. En accord avec le conseil général il a été convenu d'utiliser le prénom de la patiente comme nom, donc deux fois le prénom, par exemple une patiente dont le prénom est Lucie

NOM : LUCIE

PRENOM : LUCIE

DATE de NAISSANCE : 1^{er} janvier de l'année de naissance du patient.

Du fait du faible nombre de jeunes femmes concernées, il existe peu de chances d'avoir le même prénom et la même année de naissance, si le cas se présente, la seconde aura pour date de naissance le 02 janvier, la troisième le 03 janvier ...

Annexe 7.2.5 - Autre exemple de procédure

1. Objet

Savoir comment saisir l'identité d'une personne qui désire garder l'anonymat dans certaines circonstances bien précises :

- Patiente accouchant sous X en vue de l'abandon d'enfant
- Toxicomanes hospitalisés pour une cure de désintoxication
- Sportifs ayant recours à des pratiques de dopage

2. Domaine d'application

Agents du Bureau des Admissions, des Consultations Externes et des Urgences, et personnel soignant de la Maternité saisissant des identités, tout personnel soignant susceptible de connaître de ce type d'hospitalisation anonyme.

3. Textes de référence :

Code civil, article 341-1

Décret n°2002-781 du 3 mai 2002 relatif à l'accompagnement et à l'information des femmes accouchant en secret.

Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé Code de la santé publique, articles L.3414-1, L.3613-1

4. Définitions:

Le nom saisi est : X

Le prénom : UN pour le premier de l'année, DEUX pour le Deuxième etc. ... en sachant que, chaque année, on recommence à UN. Le chiffre du Prénom en lettre sera suivi de l'année (AAAA) : X/UN2008.

Afin de connaître le numéro qui va servir de prénom, faire une recherche dans Hexagone pour savoir quel est le dernier chiffre utilisé dans l'année en cours.

L'année de naissance est importante pour le laboratoire, la radiologie et la pharmacie.

Il a été choisi par convention de garder l'année de naissance réelle et de mentionner comme jour et mois : 1er janvier.

Exemple : pour une personne née le 20/05/74, il sera saisi : 01/01/74.

L'adresse indiquée est : code postal VILLE DU CH.

Dans le cas d'un accouchement sous X, le bébé est, dans un premier temps, nommé par trois prénoms choisis par la mère ou le personnel soignant. Le premier prénom lui sert de prénom et le troisième de nom de famille.

Insérer le logo de votre établissement

Il est demandé, lors d'une admission volontaire sous X et ceci uniquement en cas d'hospitalisation, de noter dans une enveloppe cachetée le nom de la personne hospitalisée et sa date de naissance ainsi que l'identité des personnes à prévenir. Cette enveloppe est placée au coffre de l'hôpital et rendue ou détruite lors de la sortie.

ATTENTION : ne pas confondre les patients concernés par cette procédure et ceux qui ne peuvent donner leur identité par suite de leur état. Il existe pour ce cas une autre procédure (création d'IPP pour un patient incapable de fournir son identité).

NE JAMAIS REPRENDRE D'ANTERIORITE POUR LES X

Le séjour sera facturé pour la maman et le bébé au conseil général.