**Que Questionnaire sur l’identification du patient :
 une enquête auprès des professionnels
 des établissements de santé (ES)**

|  |
| --- |
| **Objet de l’étude**Cette enquête a pour objectif d’apprécier les pratiques professionnelles en termes d’identitovigilance lors de la prise en charge du patient à l’hôpital. |

**Date : XX / XX / XXXX**

|  |
| --- |
| **Caractéristiques socio-démographiques** |

 **1. Quel est votre sexe ?**

 [ ]  Femme [ ] Homme
 **2. Quel est votre âge ?**

[ ]  < 25 ans [ ]  31 ans - 40 ans
[ ]  25 ans - 30 ans [ ]  > 40 ans

 **3. à quelle catégorie professionnelle appartenez-vous ?**

[ ]  Agent administratif [ ]  Membre du corps médical
[ ]  Membre du corps paramédical
[ ]  Autre

**4. Ancienneté dans l’hôpital** [ ]  <1 an [ ]  6 - 10 ans
 [ ]  1 - 5 ans [ ]  > 10 ans

|  |
| --- |
| **Formation** |

**5. Avez-vous reçu une formation ou avez-vous été sensibilisé aux problèmes
 d’identification du patient ?**

 [ ]  Oui [ ]  Non

**6. Si oui, dans quel cadre ?**

[ ]  Comité de Coordination des Vigilances
[ ]  Circuit accueil
[ ]  Au sein de votre service
[ ]  Réunion ou formation autre que le comité de Coordination

**7. Pensez-vous que votre connaissance en identitovigilance est suffisante ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

**8. Si non, sur quoi souhaiteriez-vous être plus ou mieux informé ?**

**………………………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………….**

|  |
| --- |
| **Contrôle de l’identité du patient** |

**9. Effectuez-vous systématiquement un contrôle de l’identité du patient que vous prenez en charge ?**
 [ ]  Oui [ ]  Non
**10. Si non pourquoi ?**
**………………………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………….**

 **11. Quand effectuez-vous le contrôle d’identité ?** *Plusieurs réponses possibles :*

 [ ]  Vérification de l’identité du patient lors de l’enregistrement administratif
 [ ]  Vérification de l’identité du patient lors de la distribution ou l’administration de médicaments
 [ ]  Vérification de l’identité du patient lors d’une consultation externe
 [ ]  Vérification de l’identité du patient avant un examen radiologique ou biologique
 [ ]  Vérification de l’identité du patient avant un acte invasif/fibroscopie
 [ ]  Vérification de l’identité du patient lors d’un accompagnement à un soin ou avant un transport
 [ ]  Vérification de l’identité du patient lors d’un soin, du nursing ou lors de la distribution d’un repas
 [ ]  Autre

**12. Si « autre », précisez :**
**………………………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………….**

**13. Que vérifiez-vous lors de la prise en charge du patient ?***Plusieurs réponses possibles*

[ ]  Vérification de la concordance entre l’identité du bénéficiaire de l’acte et la prescription

[ ]  Vérification de la concordance entre l’identité inscrite sur la prescription
et celle figurant sur les étiquettes

[ ]  Vérification de la concordance entre l’identité du patient inscrite sur le pilulier
et celle figurant sur la prescription

[ ]  Vérification de la concordance des données informatiques et des données papiers :
pièce d’identité, carte de l’hôpital

[ ]  Vérification de la concordance entre l’identité déclinée par le patient
et celle figurant sur son dossier ou programme opératoire

[ ]  Vérification de la concordance des données figurants sur le bracelet
et celles dont vous disposez

[ ]  Autre

**14. Si « Autre », précisez :**
**………………………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………….**

|  |
| --- |
| **Pour les identités particulières** |

**15. Concernant le contrôle des identités particulières (demande d’anonymat, patient sans identité…), que vérifiez-vous ?**
**………………………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………….**

|  |
| --- |
| **Eléments de contrôle d’identité pour les patients communicants** |

**16. Comment effectuez-vous le contrôle de l’identité du patient et à l’aide de quels éléments ?***Plusieurs réponses possibles*

[ ]  En demandant au patient son nom d’usage
[ ]  En demandant au patient son nom de naissance
[ ]  En demandant au patient son prénom
[ ]  En demandant au patient sa date de naissance
[ ]  En demandant d’épeler son nom d’usage
[ ]  En demandant d’épeler son nom de naissance
[ ]  En vérifiant sur le bracelet
[ ]  En demandant les papiers d’identités
[ ]  Autre

**17. Si « Autre », précisez :**
**………………………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………….**

|  |
| --- |
| **Eléments de contrôle d’identité pour les patients inconscients, non communicants, confus, et/ou ne parlant le français** |

**18. Comment effectuez-vous le contrôles de l’identité du patient et à l’aide de quels éléments ?**

*Plusieurs réponses possibles*

[ ]  A l’aide du bracelet
[ ]  En consultant les papiers d’identité
[ ]  En demandant à la famille
[ ]  En demandant au personnel
[ ]  A l’aide d’un tracteur
[ ]  Autre

**19. Si « Autre », précisez :**
**………………………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………….**

|  |
| --- |
| **Pour tous les patients** |

 **20. En cas de doute sur l’identité du patient (communicant ou non), que faites-vous ?**

*Plusieurs réponses possibles*

[ ]  Création d’une identité provisoire lors de l’accueil administratif du patient (pour les personnels autorisés)
[ ]  Contact de la famille
[ ]  Contact personnel soignant
[ ]  Bureau des entrées
[ ]  Cellule d’identitovigilance
[ ]  Arrêt du soin, de l’examen…
[ ]  Autre

**21. Si « Autre », précisez :**
**………………………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………….**

**22. Vous arrive-t-il de revérifier l’identité d’un patient au cours de son séjour ?**[ ]  Oui [ ]  Non

**23. Si oui, dans quel cas ?**

*Plusieurs réponses possibles*
[ ]  Non cohérence des résultats biologiques ou examens d’un patient avec les résultats antérieurs
[ ]  Lors d’un déplacement du patient (du service vers bloc, vers radiologie…)
[ ]  Après un doute émis par un personnel
[ ]  Autre

**24. Si « Autre », précisez :**
**………………………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………….**

|  |
| --- |
| **Cas particuliers : contrôle avant un acte au bloc opératoire ; Uniquement pour les personnes des blocs opératoires** |

**25. Les patients portent-ils un bracelet d’identification ?**

[ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Certains

**26. Si certains, lesquels ?**
**………………………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………….**

 **27. Si le bracelet est ôté pendant l’opération, est-il remis systématiquement ?**[ ]  Oui [ ]  Non

**28. Si non, pourquoi ?**
**………………………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………….**

**29. Si oui, par quel personnel est-il remis ?**
**………………………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………….**

|  |
| --- |
| **Erreurs liées à l’identité des patients** |

**30. Vous-même, avez-vous déjà rencontré des erreurs liées à l’identité des patients ?**[ ]  Oui [ ]  Non

**31. A quelle fréquence ?**

[ ]  Une fois par an
[ ]  Une fois par mois
[ ]  Plusieurs fois par an
[ ]  Une fois par semaine
[ ]  Une à trois fois par semaine
[ ]  Plus de trois fois par semaine
[ ]  Une fois par jour
[ ]  Plusieurs fois par jour

**32. Si oui, lesquelles ?**

*Plusieurs réponses possibles*

[ ]  Erreur d’orthographe du nom et/ou prénom
[ ]  Inversion nom usuel et nom de naissance
[ ]  Inversion nom et prénom
[ ]  Collision : erreur dans le choix du dossier informatique (cas des homonymes)
[ ]  Présence de doublon
[ ]  Erreur sur la date de naissance
[ ]  Erreur sur le sexe
[ ]  Erreur sur le patient : acte réalisé au mauvais patient
[ ]  Erreur d’identification : ex prélèvement mal identifié
[ ]  Autre

**33. Si « Autre », précisez :**
**………………………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………….**

**34. Signalez-vous toujours des anomalies liées à l’identité ?**

[ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Parfois

**35. Si non ou parfois, pourquoi ?**

[ ]  Je ne connais pas la procédure de déclaration
[ ]  Je considère que l’erreur n’a pas de conséquence sur la santé du patient
[ ]  Je n’ai pas le temps
[ ]  La procédure est trop longue ou compliquée
[ ]  Ce n’est pas à moi de la faire
[ ]  Autre

**36. Si « Autre », précisez :**
**………………………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………….**