



FICHE DE SIGNALEMENT D'ÉVÉNEMENT INDESIRABLE EN RAPPORT AVEC UNE ERREUR D'IDENTIFICATION

V1
Octobre 2021

Déclarant	
Nom Prénom	
Fonction	
Téléphone	
Adresse mail	
Date du signalement	

Acteur(s) impliqué(s) dans l'événement indésirable	
Entité à l'origine du signalement	
Structure	
Département et commune	
Service concerné	
Autre acteur impliqué (si applicable)	
Structure	
Département et commune	
Service concerné	
Cet acteur est-il informé de l'événement indésirable ? <input type="checkbox"/> Oui	

Typologie de l'événement indésirable (plusieurs choix possibles)	
Concerne l'identification primaire	<input type="checkbox"/> Création d'une identité erronée <input type="checkbox"/> Erreur de sélection d'une identité numérique dans la base locale <input type="checkbox"/> Anomalie lors de l'opération de recherche/récupération de l'INS <input type="checkbox"/> Erreur d'attribution ou de propagation de l'INS <input type="checkbox"/> Erreur d'affectation de statut à l'identité numérique <input type="checkbox"/> Suspicion d'utilisation frauduleuse d'identité <input type="checkbox"/> Refus de présentation d'un titre d'identité <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <input type="text"/>
Concerne l'identification secondaire	<input type="checkbox"/> Erreur de patient/usager pris en charge <input type="checkbox"/> Erreur d'étiquetage (y compris bracelet d'identification) <input type="checkbox"/> Erreur de dossier d'utilisateur (informatique ou physique) <input type="checkbox"/> Rangement d'un document dans un mauvais dossier usager <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <input type="text"/>
Autre(s) vigilance(s) concernée(s)	<input type="checkbox"/> Hémovigilance <input type="checkbox"/> Pharmacovigilance <input type="checkbox"/> Radioprotection <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <input type="text"/>

Faits constatés, circonstances et mesures prises	
Date de survenue	
Résumé des circonstances	
Actions immédiates	

Conséquences connues au moment du signalement (plusieurs choix possibles)	
Pour l'utilisateur concerné	<input type="checkbox"/> EIGS (<i>décès, mis en jeu des fonctions vitales, séquelles définitives</i>) <input type="checkbox"/> Retard de prise en charge <input type="checkbox"/> Autre (<i>précisez</i>) : <input type="text"/>
Pour le second utilisateur concerné (si applicable)	<input type="checkbox"/> EIGS <input type="checkbox"/> Retard de prise en charge <input type="checkbox"/> Autre (<i>précisez</i>) : <input type="text"/>
Pour les professionnels ou structures impliqués	<input type="checkbox"/> Désorganisation des soins <input type="checkbox"/> Mise en cause juridique <input type="checkbox"/> Fonctionnement en mode dégradé <input type="checkbox"/> Autre (<i>précisez</i>) : <input type="text"/>

Informations complémentaires utiles (si besoin)