



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

V2  
Janvier 2023

Déclarant	
Nom Prénom	
Fonction	
Téléphone	
Adresse mail	
Date du signalement	

Acteur(s) impliqué(s) dans l'événement indésirable	
<b>Entité à l'origine du signalement</b>	
Structure	
Département et commune	
Service concerné	
<b>Autre acteur impliqué (si applicable)</b>	
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)	
<b>Concerne l'identification primaire</b>	<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) : _____
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) : _____
<b>Autre(s) vigilance(s) concernée(s)</b>	<input type="checkbox"/> Hémovigilance <input type="checkbox"/> Pharmacovigilance <input type="checkbox"/> Radioprotection <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____

Faits constatés, circonstances et mesures prises	
<i>Date de survenue</i>	
<i>Résumé des circonstances</i>	
<i>Actions immédiates</i>	

Conséquences connues au moment du signalement (plusieurs choix possibles)	
<i>Pour l'utilisateur concerné</i>	<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> ) :
<i>Pour le second usager concerné (si applicable)</i>	<input type="checkbox"/> EIGS <input type="checkbox"/> Retard de prise en charge <input type="checkbox"/> Autre ( <i>précisez</i> ) :
<i>Pour les professionnels ou structures impliqués</i>	<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> ) :

Informations complémentaires utiles (si besoin)

Fiche à adresser au point focal régional de l'ARS : [ars33-alerte@ars.sante.fr](mailto:ars33-alerte@ars.sante.fr) et la CRIV : [criv@esea-na.fr](mailto:criv@esea-na.fr)