



FICHE DE PARTAGE D'EXPERIENCE

Août
2025

N° 10 – Erreur d'identification du patient en médecine nucléaire



Chronologie des faits

11h18	Accueil par la secrétaire d'accueil du patient A qui doit réaliser une scintigraphie myocardique stress mixte. Vérification de l'identité et distribution du consentement éclairé au patient, qui le remplit et le signe. Admission informatique du Patient A sur l'identité du Patient B qui doit réaliser une TEP-CT.
11h25	Mise à disposition par la secrétaire des documents du patient B pour la prise en charge du patient A.
11h28	Appel du MERM en poste au TEP-CT du patient B en salle d'attente à partir du dossier fourni par le secrétariat. Le patient A se lève.
11h29	Mise en box d'injection du patient A et interrogatoire du patient A par questions fermées.
11h30	Préparation de la seringue de 18FDG avec la prescription du patient B.
11h31	Injection du 18FDG au patient A sans avoir revérifié son identité.
11h38	Arrivée du patient B à l'accueil. La secrétaire se rend compte que le patient A a été accueilli sous l'identité du patient B.
11h40	Le MERM, le médecin, la radiopharmacienne sont alertés.
12h00	Information du patient A par le médecin et tracé dans le DPI. Déclaration de l'événement indésirable (EI) par la radiopharmacienne.
Analyse par la physicienne médicale de la sur-exposition du patient. L'erreur est jugée sans conséquences pour le patient.	



Analyse de l'événement indésirable

- **Événement indésirable**
 - Erreur d'identification du patient à l'origine d'une erreur médicamenteuse.
- **Conséquences**
 - Injection d'un radioélément non prescrit.
 - Augmentation de la dose d'exposition par rapport à la dose initialement nécessaire pour sa prise en charge.
 - Déclaration de l'EI en événement significatif de radioprotection (ESR).
- **Facteurs latents**
 - Ordinateur permettant l'accès au dossier patient non opérationnel.
 - Secrétaire volante en poste d'accueil.
 - 1 des 2 MERM est remplaçant en poste TEP-CT.
- **Causes immédiates**
 - Questionnement orienté ou fermé.
 - Mauvais dossier patient transmis par le secrétariat.

- **Barrières de sécurité ayant fonctionné**
 - Procédure d'identification respectée pour l'un des patients.
- **Barrières de sécurité n'ayant pas fonctionné**
 - Procédure d'identification non respectée pour l'autre patient.



Actions d'amélioration identifiées

- Séparation des zones d'accueil secrétariat patients TEP-CT – patients Scintigraphie.
- Uniformisation des pratiques concernant les consentements sur les 2 secteurs TEP-CT et Scintigraphie.
- Révision du questionnaire de consentement avec l'ensemble des mentions réglementaires.
- Formation périodique des AMA et MERM à l'identitovigilance.
- Audit annuel de l'identification du patient dans le service.
- Révision de la cartographie des risques.
- Habilitation des AMA à effectuer les admissions dans le service.

Messages à retenir

- L'identification du patient est le premier acte de soin, elle doit être réalisée avec des questions ouvertes permettant l'implication du patient.
- L'information du patient et sa participation active chaque fois que possible est essentielle à sa sécurité.
- Une formation régulière des professionnels est nécessaire pour maintenir leur vigilance.
- Il faut signaler toute erreur sans délai afin de mettre en place des mesures de récupération ou d'atténuation des conséquences si nécessaire.
- L'analyse des événements indésirables permet d'apprendre des erreurs et de mettre en place des mesures barrière visant à éviter la récurrence.